

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

JULIANA BERTOLIN GONÇALVES

**VULNERABILIDADE DA CRIANÇA PARA AGRAVOS NUTRICIONAIS NA
PERSPECTIVA DOS NUTRICIONISTAS**

CURITIBA
2015

JULIANA BERTOLIN GONÇALVES

**VULNERABILIDADE DA CRIANÇA PARA AGRAVOS NUTRICIONAIS NA
PERSPECTIVA DOS NUTRICIONISTAS**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Prática Profissional em Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em enfermagem.

Linha de pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Verônica de Azevedo Mazza

Co-orientadora: Profa. Dra. Sílvia do Amaral Rigon

CURITIBA

2015

-
- G643 Gonçalves, Juliana Bertolin
Vulnerabilidade da criança para agravos nutricionais na perspectiva dos
nutricionistas / Juliana Bertolin Gonçalves. – Curitiba, 2015.
167 f.; il. Color.; 30 cm.
- Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Paraná, Setor de
Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2015.
Orientador: Verônica de Azevedo Mazza
Coorientador: Sílvia do Amaral Rigon
- Bibliografia: p. 140-156.
1. Crianças -- Nutrição. 2. Lactentes - Nutrição. 3. Crianças - Saúde.
I. Mazza, Verônica de Azevedo. II. Rigon, Sílvia do Amaral.
III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

CDD: 649.33

TERMO DE APROVAÇÃO

JULIANA BERTOLIN GONÇALVES

VULNERABILIDADE PARA AGRAVOS NUTRICIONAIS NA PERSPECTIVA DOS NUTRICIONISTAS

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem, Área de Concentração Prática Profissional de Enfermagem, Linha de Pesquisa Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

Orientadora:



Prof. Dra. Verônica de Azevedo Mazza
Presidente da Banca: Universidade Federal do Paraná – UFPR



Prof. Dra. Maria Marta Nolasco Chaves
Membro Titular: Universidade Federal de Santa Catarina



Prof. Dra. Claudia Choma B. de Almeida
Membro Titular: Universidade Federal do Paraná – UFPR

Curitiba, 08 de dezembro de 2015.

Dedico a realização deste trabalho às pessoas mais importantes da minha vida,
Aos meus amores, Júlia, Luíza, Ricardo, Dora e Eurico obrigada pelo o apoio,
incentivo e inspiração.

AGRADEÇO...

... a oportunidade de Deus pela dádiva do conhecimento...

... aos meus amados pais, Eurico e Dorair, em especial minha mãe pela mulher forte, sensível, inspiradora e cheia de luz que me acompanha em todas as minhas conquistas, sem você eu nada seria, sem você eu aqui não estaria.

... a minha amada filha Júlia Bertolin Gonçalves, pela resignação e tanto carinho por mim em meio as minhas longas ausências, você é arte, poesia e canção que me transformam em uma pessoa cada vez mais realizada...

... a minha amada e pequenina Lúza Bertolin Gonçalves, pela alegria e companhia ainda em meu ventre, em meio a intensa imersão, você iluminou meus dias com a grata surpresa de sua presença...

... ao meu marido Ricardo Rosa Gonçalves pelo amor, carinho, confiança, paciência e companheirismo, sobretudo por admitir minha sede pelo conhecer e descobrir novos mundos, você é a essencial presença em minhas realizações, minha ancora e refúgio...

... aos meus amigos que de muitas formas me inspiraram nas leituras e na minha formação: Daniel Ignácio da Silva, obrigada pelo apoio como colega e amigo na compreensão do objeto da vulnerabilidade, Helvo Slomp Junior, Maria Teresa de Oliveira Ribas, obrigada pelo apoio e incentivo das minhas primeiras leituras críticas estas que certamente embasaram muito meus referenciais e minha visão de mundo.

... a Secretaria de Saúde de Curitiba pelo espaço e apoio a esta pesquisa. Agradeço especialmente a cada uma das nutricionistas do NASF, mulheres lutadoras e sensíveis participantes desta pesquisa com todo o interesse, vocês foram o elemento central e, portanto, essenciais a este constructo...

... a Patrícia Audrey Reis Gonçalves, Angela Cristina Lucas de Oliveira, e ao Dr Nilton Wilrich, pela confiança e apoio na gestão em todas as etapas da pesquisa. Obrigada pela confiança...

... aos enfermeiros e enfermeiras de minha vida, meus colegas do mestrado, meus queridos professores e alunos, obrigado por proporcionar a mim diariamente a troca de saberes interdisciplinares e multiprofissionais que ampliam a dimensão do cuidar...

... à Universidade Federal do Paraná e ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela excelência na formação, À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio financeiro oferecido.

... às minhas professoras Orientadoras, Dr^a Silvia do Amaral Rigon e Dr^a Verônica de Azevedo Mazza, obrigada pela maestria, sou grata pela oportunidade de poder ter vocês ao meu lado nesta caminhada...

... aos membros na banca, as queridas professoras Dr^a Claudia Choma B. de Almeida, Maria Marta Nolasco Chaves, Lilliana Muller Larocca e Suely Terezinha Schimidt pelo aceite e presença na avaliação deste trabalho, desde a qualificação a defesa.

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa que teve por objetivo construir uma matriz de análise de vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas para os agravos nutricionais de crianças menores de dois anos, na perspectiva de nutricionistas de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs) do município de Curitiba. **Metodologia:** o período de coleta dos dados do estudo foi de março a julho de 2015. Utilizaram-se duas técnicas para obtenção das informações: realização de entrevistas com 21 profissionais e um grupo focal com nove participantes. A organização dos conteúdos das entrevistas ocorreu a partir de classes fornecidas pelo IRAMUTEQ, *software* livre desenvolvido para análise multidimensional de textos. Mediante a interpretação das classes, seis categorias empíricas foram delimitadas, adotando-se como método de análise a hermenêutica. A pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa e seguiu os critérios dos Guidelines Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ). **Resultados:** após a análise do material obtiveram-se as seguintes categorias empíricas: A mãe e a família: do potencial do cuidado aos elementos de vulnerabilidade para agravos nutricionais; Os agravos nutricionais de menores de dois anos na rotina do cuidado em saúde; Vulnerabilidades e potencialidades do uso da fórmula infantil; A atenção e assistência nutricional no âmbito do SUS; A fragilidade da rede de Segurança Alimentar e Nutricional no âmbito do SUS; O trabalho na Atenção Primária à Saúde: limites e possibilidades e o desafio da interdisciplinaridade. Com o material estruturado, a partir das categorias empíricas, foi possível identificar os processos de determinação dos agravos e, posteriormente, realizar a construção da matriz considerando o marco teórico adotado. Na **dimensão individual** obtiveram-se como componentes da matriz: as condições maternas, a condição biológica da criança e as dificuldades para organização do cuidado alimentar da criança; na **dimensão social:** Fragilidade para o acesso à cidadania e a direitos e a fragilidade da rede de apoio social; na **dimensão programática:** Dificuldade na operacionalização do modelo de atenção à saúde. Concluiu-se que o conceito de vulnerabilidade aplicado à prática em saúde permite uma análise crítica da complexidade dos agravos em menores de dois anos. A aplicação deste tipo de análise permite a visualização de desafios presentes no atual modelo assistencial para a superação de ações curativistas e emergenciais, assim como também indica elementos externos ao setor saúde que interferem na determinação da saúde e que também precisam ser considerados para o atendimento das necessidades reais de indivíduos e comunidades. Finalmente, a descrição dos elementos de vulnerabilidade para agravos nutricionais em menores de dois anos trouxe, ainda, a possibilidade de debater a condição da criança como ser social de direitos, sobretudo no que se refere à dependência de cuidados e ao momento cronológico que esta vivencia, o qual se constitui no principal momento do curso da vida, com o poder de comprometer a saúde no presente e no futuro, situação que coloca este público infantil como uma prioridade no contexto das políticas públicas.

Palavras-chave: Nutrição do lactente. Vulnerabilidade em saúde. Alimentação da criança.

ABSTRACT

This is a qualitative research that aimed to build an analysis matrix of individual, social and programmatic vulnerability to nutritional deficiencies in children under two years in view of Nuclei of nutritionists to Support Health (NASFs) the city of Curitiba. **Methodology:** the collection period of the study data was from March to July 2015. We used two techniques to obtain information: interviews with 21 professionals and a focus group with nine participants. The organization of the contents of the interviews took place from classes provided by IRAMUTEQ, free software developed for multidimensional analysis of texts. Through the interpretation of classes six empirical categories were defined, adopting as analytical method hermeneutics. The study was approved by the Research Ethics Committee and followed the criteria of the Guidelines Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ). **Results:** After analysis of the material yielded the following empirical categories: The mother and family: care to potential vulnerability factors for nutritional deficiencies; Nutritional disorders in children under two years in routine health care; Vulnerabilities and potential use of infant formula; The care and nutritional assistance under the SUS; The fragility of the Food Security and Nutrition Network in the SUS; The work in primary health care: limits and possibilities and the challenge of interdisciplinarity. With the structured material, from empirical categories, it was possible to identify the processes of determining the diseases and subsequently carry out the construction of the matrix considering the theoretical framework adopted. In the **individual dimension** were obtained as matrix components: maternal conditions, the child's biological condition and the difficulties in organization of child nursing care; the **social dimension:** Fragility for access to citizenship and the rights and the fragility of the social support network; the **programmatic dimension:** Difficulty in the operation of the health care model. It was concluded that the vulnerability concept applied to health in practice allows a critical analysis of the complexity of diseases in children under two years. The application of this type of analysis allows the visualization of challenges present in the current care model for overcoming curativistas and emergency actions, as well as indicates elements external to the health sector that interfere in determining the health and which also need to be considered to meet the real needs of individuals and communities. Finally, the description of the vulnerability factors for nutritional deficiencies in children under two years has also the opportunity to discuss the child's condition as a social rights, particularly with regard to addiction care and the chronological time that experiences which is the main point in the course of life, with the power to compromise the health now and in the future, a situation that puts this young audience as a priority in the context of public policy.

Keywords: infant nutrition. Health vulnerability. Infant feeding.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 01	MATRIZ ANALÍTICA DA VULNERABILIDADE DA CRIANÇA DIANTE DE SITUAÇÕES ADVERSAS EM SEU DESENVOLVIMENTO.....	48.....
FIGURA 02	SISTEMATIZAÇÃO EM SÉRIE HISTÓRICA DA INCIDÊNCIA DE BAIXO PESO AO NASCER EM CURITIBA - PR DE 2001 A 2011:.....	60
FIGURA 03	FIGURA REPRESENTATIVA DO DIMENSIONAMENTO DA COLETA DE DADOS - GRUPO FOCAL.....	67.....
FIGURA 04	RESULTADO DO PROCESSAMENTO DE DADOS DO GRUPO FOCAL FORNECIDO PELO SOFTWARE IRAMUTEQ:.....	71.....
FIGURA 05	RESULTADO DO PROCESSAMENTO DE DADOS DAS ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS FORNECIDO PELO SOFTWARE IRAMUTEQ.....	72
FIGURA 06	REPRESENTAÇÃO DOS VOCÁBULOS ORIUNDOS DO GRUPO FOCAL POR CLASSE E DISTRIBUIÇÃO POR QUADRANTE PELO SOFTWARE IRAMUTEQ.....	73
FIGURA 07	REPRESENTAÇÃO DOS VOCÁBULOS ORIUNDOS DAS ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS POR CLASSE E DISTRIBUIÇÃO POR QUADRANTE PELO SOFTWARE IRAMUTEQ:.....	74
FIGURA 08	DENDOGRAMA COM A OCORRÊNCIA DE PALAVRAS E RELAÇÃO ENTRE AS CLASSES ORIUNDAS DO GRUPO FOCAL FORNECIDO PELO SOFTWARE IRAMUTEQ:.....	75
FIGURA 09	DENDOGRAMA COM RESULTADOS ESTATÍSTICOS E RELAÇÃO ENTRE AS CLASSES ORIUNDAS DOS RESULTADOS DAS FALAS DO GRUPO FOCAL FORNECIDO PELO SOFTWARE IRAMUTEQ E NOMINADO COMO CATEGORIA ANALÍTICA PELA PESQUISADORA:.....	76

FIGURA 10	DENDOGRAMA COM A OCORRÊNCIA DE PALAVRAS E RELAÇÃO ENTRE AS CLASSES ORIUNDAS DAS ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS FORNECIDA PELO SOFTWARE IRAMUTEQ:.....	77
FIGURA 11	DENDOGRAMA COM RESULTADOS ESTATÍSTICOS E RELAÇÃO ENTRE AS CLASSES ORIUNDAS DOS RESULTADOS DAS FALAS DAS ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS FORNECIDOS PELO SOFTWARE IRAMUTEQ E NOMINADO COMO CATEGORIA ANALÍTICA PELA PESQUISADORA:	78
FIGURA 12	ESQUEMA GRÁFICO DOS ELEMENTOS DE VULNERABILIDADE REFERENTES À DISCUSSÃO DA CLASSE 4.....	98
FIGURA 13	ESQUEMA GRÁFICO DOS ELEMENTOS DE VULNERABILIDADE REFERENTES À DISCUSSÃO DA CLASSE 5:.....	104
FIGURA 14	ESQUEMA GRÁFICO DOS ELEMENTOS DE VULNERABILIDADE REFERENTES À DISCUSSÃO DA CLASSE 6.....	109
FIGURA 15	ESQUEMA GRÁFICO DOS ELEMENTOS DE VULNERABILIDADE REFERENTES À DISCUSSÃO DA CLASSE 1.....	115
FIGURA 16	ESQUEMA GRÁFICO DOS ELEMENTOS DE VULNERABILIDADE REFERENTES À DISCUSSÃO DA CLASSE 2.....	119
FIGURA 17	ESQUEMA GRÁFICO DOS ELEMENTOS DE VULNERABILIDADE REFERENTES À DISCUSSÃO DA CLASSE 3.....	123
FIGURA 18	REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA MATRIZ DE VULNERABILIDADE PARA AGRAVOS NUTRICIONAIS NA	

	PERSPECTIVA DO NUTRICIONISTA NA DIMENSÃO INDIVIDUAL.....	131
FIGURA 18	REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA MATRIZ DE VULNERABILIDADE PARA AGRAVOS NUTRICIONAIS NA PERSPECTIVA DO NUTRICIONISTA NA DIMENSÃO SOCIAL...	133
FIGURA 18	REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA MATRIZ DE VULNERABILIDADE PARA AGRAVOS NUTRICIONAIS NA PERSPECTIVA DO NUTRICIONISTA NA DIMENSÃO PROGRAMÁTICA.....	135
FIGURA 18	REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA MATRIZ DE VULNERABILIDADE PARA AGRAVOS NUTRICIONAIS NA PERSPECTIVA DO NUTRICIONISTA.....	136

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	DISTRIBUIÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL MENORES DE DOIS ANOS DE 2014, EM NÚMEROS ABSOLUTOS E PERCENTUAIS. CURITIBA/PARANÁ/BRASIL - 2014	61
TABELA 2	DISTRIBUIÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DE MENORES DE DOIS ANOS DE 2014, EM NÚMEROS ABSOLUTOS E PERCENTUAIS. CURITIBA/PARANÁ/BRASIL - 2014	62

LISTA DE SIGLAS

APS	- Atenção Primária à Saúde
CPMI	- Coordenação de Proteção Materno-Infantil
DCNT	- Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DEP	- Desnutrição Energético Proteica
DHAA	- Direito Humano a Alimentação Adequada
DNC	- Departamento Nacional da Criança
IRAMUTEQ	- <i>Interface de R pour analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires</i>
LOSAN	- Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional
MÊS	- Ministério de Educação e Saúde
NAAPS	- Núcleo de Apoio à Atenção Primária à Saúde
NASF	- Núcleo de Apoio à Saúde da Família
ODM	- Objetivos do Milênio
OMS	- Organização Mundial de Saúde
PAISC	- Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
PESAN	- Políticas Estaduais de Segurança Alimentar e Nutricional
PMSAN	- Políticas Municipais de Segurança Alimentar e Nutricional
PNSMI	- Programa Nacional de Saúde Materno Infantil
PPGENF	- Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
SAN	- Segurança Alimentar e Nutricional
SISAN	- Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPR	- Universidade Federal do Paraná
WHO	- <i>World Health Organization</i>
CIDA/AIDS	- Síndrome da imunodeficiência adquirida
ECA	- Estatuto da criança e do adolescente
CNS	- Conferência Nacional de Saúde
CNSAN	- Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
CONSEA	- Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional

ABC	- Ação Brasil Carinhoso
BSM	- Brasil Sem Miséria
BF	- Bolsa Família
PLC	- Programa Leite das Crianças
ACS	- Agentes Comunitários de Saúde
ESF	- Equipes Saúde da Família
FVL	- Frutas, Legumes e Verduras
PPA	- Plano Plurianual
SIAB	- Sistema de Informação da Atenção Básica
SISVAN	- Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SIA-SUS	- Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SF	- Saúde da Família
SIH-SUS	- Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SIM	- Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINASC	- Sistema de Informações de Nascidos Vivos
UBS	- Unidades Básicas de Saúde
ONU	- Organização das Nações Unidas
EM	- Estado Nutricional
NA	- Avaliação Nutricional
RN	- Risco Nutricional
OB	- Obesidade
DM	- Diabetes Mellitus
HAS	- Hipertensão Arterial Sistêmica
BPA	- Baixo Peso ao Nascer
BLH	- Bancos de Leite Humano
LM	- Leite Materno
DI	- Desenvolvimento Humano
APS	- Atenção Primária a Saúde
FZ	- Fome Zero
APLV	- Alergia a proteína do leite de vaca

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	19
1.1	OBJETIVO GERAL.....	23
1.1.1	Objetivo específico	23
2	REVISÃO DE LITERATURA	24
2.1	POLÍTICAS DE SAÚDE PARA A CRIANÇA E SUA INTERFACE COM A ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO	24
2.2	O NUTRICIONISTA NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	31
2.3	AGRAVOS NUTRICIONAIS EM MENORES DE DOIS ANOS	34
2.3.1	Desnutrição, hipovitaminoses e anemias	37
2.3.2	Sobrepeso e obesidade.....	40
2.4	O CONCEITO DE VULNERABILIDADE E SUA APLICAÇÃO NO CONTEXTO DOS AGRAVOS À SAÚDE	42
2.5	ELEMENTOS DE VULNERABILIDADE PARA AGRAVOS NUTRICIONAIS EM MENORES DE DOIS ANOS SEGUNDO A LITERATURA CIENTIFICA	48
3	MÉTODO.....	56
3.1	TIPO DE PESQUISA.....	56
3.2	CENÁRIO DA PESQUISA.....	56
3.2.1	Perfil de saúde.....	59
3.2.2	Alimentação e aleitamento materno em menores de dois anos em Curitiba	63
3.3	COLETA DE DADOS	64
3.4	PARTICIPANTES.....	66
3.5	ANÁLISE DE DADOS.....	67
3.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	70
4	RESULTADOS.....	71
4.1	CORPO TEXTUAL	71
4.1.1	Aproveitamento de texto:.....	71
4.1.2	Distribuição de palavras por quadrante e classes	72
4.1.3	Dendograma.....	75
4.2	RESULTADOS DA ANÁLISE DAS ENTREVISTAS	79

4.2.1	O trabalho na atenção primária à saúde: limites e possibilidades e o desafio da interdisciplinaridade	79
4.2.2	A fragilidade da rede de Segurança Alimentar e Nutricional no âmbito do SUS	82
4.2.3	Classe 3 - A atenção e assistência nutricional no âmbito do SUS	83
4.2.4	A mãe e a família: do potencial do cuidado aos elementos de vulnerabilidade para agravos nutricionais	87
4.2.5	Os agravos nutricionais de menores de dois anos na rotina do cuidado em saúde.....	92
4.2.6	Vulnerabilidades e potencialidades do uso da fórmula infantil	94
5	DISCUSSÃO	98
5.1	A MÃE E A FAMÍLIA: DO POTENCIAL DO CUIDADO AOS ELEMENTOS DE VULNERABILIDADE PARA AGRAVOS NUTRICIONAIS.....	98
5.2	OS AGRAVOS NUTRICIONAIS DE MENORES DE DOIS ANOS NA ROTINA DO CUIDADO EM SAÚDE	103
5.3	VULNERABILIDADES E POTENCIALIDADES DO USO DA FÓRMULA INFANTIL	108
5.4	A ATENÇÃO E ASSISTÊNCIA NUTRICIONAL NO ÂMBITO DO SUS..	115
5.5	A FRAGILIDADE DA REDE DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL NO ÂMBITO DO SUS	119
5.6	O TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: LIMITES E POSSIBILIDADES E O DESAFIO DA INTERDISCIPLINARIDADE	123
6	MATRIZ DE ANÁLISE PARA AGRAVOS NUTRICIONAIS SEGUNDO OS NUTRICIONISTAS	129
6.1	VULNERABILIDADE INDIVIDUAL	129
6.1.1	Condições maternas.....	129
6.1.2	Condição biológica da criança.....	130
6.1.3	Dificuldades para organização do cuidado alimentar da criança.....	130
6.2	VULNERABILIDADE SOCIAL	132
6.2.1	Fragilidade para o acesso à cidadania e direitos	132
6.2.2	Fragilidade da Rede de Apoio Social	132
6.3	VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA	134
6.3.1	Dificuldade na operacionalização do modelo de atenção.....	134

7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	137
	REFERÊNCIAS	140
	APÊNDICE 1 - ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI- ESTRUTURADA	157
	APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	158
	APÊNDICE 3 - GUIA TEMÁTICO PARA O GRUPO FOCAL	160
	ANEXO 1 - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ	161
	ANEXO 2 - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA SECRETARIA DA SAÚDE DA PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA	164

APRESENTAÇÃO

A pesquisa vulnerabilidade da criança para agravos nutricionais na perspectiva dos nutricionistas partiu de uma inquietação profissional, mediante a atuação na atenção primária à saúde em um município da região metropolitana de Curitiba-PR. Fato que proporcionou a esta pesquisadora intensa imersão na realidade pela vivência acerca das condições nutricionais de grupos populacionais em vulnerabilidade alimentar e nutricional.

Nestes dez anos de atuação profissional como nutricionista, oito foram dedicados à criação e aperfeiçoamento da Coordenação de Alimentação e Nutrição Municipal (CANM) com foco na implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan), fato que baseou a elaboração de políticas programáticas de promoção da alimentação saudável, e recuperação do estado nutricional de indivíduos e comunidades, sobretudo para o público materno-infantil. Estas ações permitiram a parceria com Programa Municipal de Avaliação do Crescimento e Desenvolvimento Infantil (PMACDI) garantindo fomento para a criação de Políticas Municipais de Segurança Alimentar e Nutricional intersetoriais, voltadas à valorização de estratégias de enfrentamento a agravos decorrentes da ausência de alimentos para grupos populacionais em condições sociais desfavoráveis.

Para tanto, diversas parcerias foram firmadas desde a criação e manutenção destes espaços técnicos e políticos programáticos, em especial as ações junto aos Departamentos de Nutrição e de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná (UFPR) mediante grupos de estágio, preceptoria de campo em nutrição e em pesquisa na enfermagem com a participação no Grupo de Estudos Família Saúde e Desenvolvimento (GEFASD) proporcionando-me experiências multiprofissionais e Interprofissionais. Estas experiências permitiram acesso ao conhecimento qualificado e à troca de saberes com brilhantes professores, que motivaram e ampliaram meus saberes em prol da melhoria da saúde e condição nutricional das populações.

Portanto, emerge dos espaços e funções exercidas pela pesquisadora a necessidade de ir além, reconhecendo as vulnerabilidades para a condição nutricional de grupos prioritários, na tentativa de inovar as práticas em saúde e propor estratégias de enfrentamento aos agravos, baseado em um modelo que abarca as condições individuais, sociais e programáticas com vistas ao reconhecimento das vulnerabilidades em saúde.

1 INTRODUÇÃO

Na construção de uma ideia singular sobre a infância, questões sociais, familiares e religiosas relativas ao nascimento, cuidado de saúde, educação e morte de uma criança, possuem múltiplos e contraditórios aspectos. Portanto historicamente em cada civilização a posição social do infante tem naturezas e preciosismos diversos. (ARIÈS, 1981).

No Brasil, as primeiras reflexões sobre a criança e sua saúde têm início em meados da década de 1940 em uma perspectiva clínica e preventivista. Esta ótica baseou as estruturas político-programáticas de atenção à criança nas décadas posteriores com a efetivação da Constituição Federal (CF) em 1988, na construção do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990. (SANTOS; RESEGUE; PUCCINI, 2012).

No entanto, apesar do Sistema Único de Saúde (SUS), os programas de atenção à saúde infantil têm sido desenhados a partir de modelos fragmentados de atenção, com o foco no diagnóstico e no tratamento das doenças. E mesmo com os esforços técnicos científicos atuais, o resultado destes programas tem impacto restrito nos dados epidemiológicos. (CHIESA, 2009). Um exemplo desta situação é que mesmo com a tendência de queda da desnutrição infantil observada nos últimos anos, ainda persistem situações que exigem atenção, sobretudo em regiões e comunidades com contextos socioeconômicos desfavoráveis. (PAIM et al., 2012; FURTADO et al., 2013).

Desta forma se expressa a complexidade da condição de saúde das coletividades e a necessidade de criação de soluções efetivas para estes problemas pelos diversos setores envolvidos com a saúde. Para tanto, estes têm buscado reforço na participação da sociedade civil organizada já que esta repercute de maneira positiva, promovendo maior cunho político para proposição de programas de atenção à saúde, em especial de populações vulneráveis. (LUQUE et al., 2011). Entre estes movimentos destacam-se as Conferências Nacionais de Saúde (CNS) e as Conferências Nacionais de Segurança Alimentar e Nutricional (CNSAN) com a criação de agendas de debates sobre a saúde infanto-juvenil. (BASTOS et al., 2015).

Nesses espaços, tem-se destacado a discussão do direito à alimentação adequada e saudável bem como sua importância na promoção da saúde, além disso, a prevenção de agravos e os desafios para o enfrentamento das vulnerabilidades que

refletem a condição de saúde das populações também estão presentes nas discussões. (MONTEIRO; GOMES; CANNON, 2010).

A partir dessas discussões, fica expresso as associações entre as condições de saúde, doença, saneamento, nutrição, renda e assistência à saúde, mostrando a relevância dos estudos de avaliação de ocorrências de agravos à saúde, considerando condicionantes históricos, antropológicos, políticos, econômicos, culturais e a relação destes com aspectos individuais de acesso à renda com vistas à construção de políticas de saúde mais resolutivas e amplas. (FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS, 2014; BARRETO et al., 2011).

Destarte, é nos países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, que os perfis epidemiológicos infantis têm sofrido ainda maior impacto dos agravos nutricionais relacionados às patologias decorrentes da falta e do excesso de calorias e nutrientes, já que estes atingem especialmente crianças menores de dois anos de idade. Essas doenças podem ter sua gênese no período pré-natal e podem acarretar prejuízos no desenvolvimento da criança como um todo e para toda a vida. (VICTORA et al., 2011).

Portanto, justificam-se os estudos sobre nutrição de menores de dois anos pela importância da saúde nutricional nesta fase da vida. A nutrição, quando não adequada, tem repercussão negativa no futuro da criança a curto e a longo prazo. Assim, a ocorrência de agravos nutricionais em menores de dois anos é considerada como um importante elemento de vulnerabilidade para a saúde da criança e, para que seja apreendida, necessita de investigações amplas e profundas, que abarquem os seus elementos condicionantes e determinantes. (VICTORA et al., 2011; SILVA; SILVA, 2014).

A alimentação adequada é fundamental para a formação de adultos saudáveis, ativos social e economicamente e para a constituição de sociedades mais desenvolvidas e equânimes. Neste sentido, os profissionais de saúde, em especial os que trabalham com o cuidado da saúde da criança, têm papel relevante no monitoramento de saúde, principalmente na primeira infância, na qual há as maiores singularidades relacionadas à alimentação e à nutrição. (MONTEIRO et al., 2014).

Para tanto, é essencial a criação de espaços que priorizem práticas promotoras do adequado desenvolvimento infantil e que garantam o direito ao alimento, em especial para grupos sociais considerados vulneráveis, condições estas consoantes à lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN), a qual estabelece a

garantia do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade e em quantidade suficiente. (CONSEA, 2007). Tal preceito suscita da interface entre a efetivação dos direitos humanos e a realização de políticas públicas promotoras de saúde. (LUQUE et al., 2011).

Assim as políticas de promoção da saúde devem levar em questão os agravos nutricionais e seus condicionantes, indo além da dimensão biológica, considerando o indivíduo com um ser social, complexo, único e indivisível e que faz parte de um contexto amplo, apropriando-se de questões que denotem os agravos e os seus elementos de vulnerabilidade. (MAZZA; CHIESA, 2008; SILVA; MAFTUM; MAZZA, 2014).

Com todos estes elementos acima citados os programas de saúde da criança devem estar amparados em diretrizes políticas que considerem a complexidade da saúde, sobretudo diante da atual ¹transição nutricional. (BATISTA FILHO, 2003).

Nesse sentido, pesquisas com o olhar atento aos fatores de riscos e às vulnerabilidades que acompanham as mudanças do perfil nutricional no mundo são relevantes, pois auxiliam na compreensão dos arranjos multifatoriais que interferem na saúde de comunidades e populações, exibindo elementos de vulnerabilidades que podem comprometer o desenvolvimento, a saúde e a qualidade de vida das crianças (CURSINO; FUJIMORI, 2012; SILVA; MAFTUM; MAZZA, 2014).

Dessa forma torna se relevante a análise do contexto sociocultural, assistencial, organizacional, técnico e estrutural para que os profissionais possam desenvolver práticas nas quais considerem a concepção de vulnerabilidade à saúde como um fio condutor de suas ações. (AYRES et al., 2006; ANDREUCCI; CECATTI, 2011).

O conceito de vulnerabilidade é, simultaneamente, construto e construtor de uma percepção ampliada e reflexiva, que identifica aspectos que vão de suscetibilidades orgânicas à forma de estruturação de programas de saúde, passando por aspectos comportamentais, culturais, econômicos e políticos. (AYRES et al., 2007; AYRES, 2011). Para este estudo, utiliza-se o conceito de vulnerabilidade proposto por Ayres em 2007, definida como a possibilidade de indivíduos virem a sofrer prejuízos

¹ Transição nutricional que consiste em um processo de modificações sequenciais do padrão de alimentação, nutrição e consumo, acompanhadas por mudanças econômicas, sociais e demográficas do perfil de saúde das populações. (BATISTA FILHO, 2003).

em sua saúde devido à influência da interação de um conjunto de aspectos de ordem individual, social ou programática. (AYRES et al., 2007).

Na dimensão individual, considera-se o conhecimento do agravo e a existência de comportamentos que oportunizam sua ocorrência. Na dimensão social, o adoecimento, analisado a partir dos indicadores que revelam o perfil da população e na dimensão programática busca-se examinar a chance desta ocorrência a partir da organização dos serviços de saúde, as ações de prevenção e controle de agravo além do acesso e do vínculo da população com o serviço. (AYRES et al., 2006; AYRES, 2011).

Este marco conceitual, com potencial de inovação tecnológica e de reorientação dos modelos assistenciais, pode ser utilizado no campo da Saúde da Criança na perspectiva da dimensionalidade dos agravos nutricionais em menores de dois anos. (FIGUEIREDO; MELLO, 2007; SILVA; SILVA, 2014).

O Conhecimento da vulnerabilidade da criança para agravos nutricionais possibilitará ao profissional de saúde reconhecer elementos de vulnerabilidade da criança para agravos nutricionais da criança, assim como expandir a compreensão da determinação do processo saúde-doença da criança e de sua família. De uma forma ampliada, fomentará o desenvolvimento de tecnologias de cuidado clínico nutricional e contribuirá para a formulação de novas políticas de segurança alimentar e nutricional que visem proteger e garantir os direitos da criança.

Assim esta pesquisa tem como pergunta norteadora quais os elementos de vulnerabilidade da criança para agravos nutricionais na perspectiva dos nutricionistas do Núcleo de apoio à Saúde da Família (NASF) mediante a matriz de análise de vulnerabilidade.

1.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar uma matriz de análise de vulnerabilidade de criança para agravos nutricionais na perspectiva dos nutricionistas do Núcleo de apoio à Saúde da Família (NASF).

1.1.1 Objetivo específico

Descrever os elementos de vulnerabilidade da criança para agravos nutricionais na perspectiva dos nutricionistas do Núcleo de apoio à Saúde da Família (NASF)

2 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo apresentar-se-ão aspectos relacionados ao contexto histórico das Políticas de Saúde para a criança e sua interface com a Alimentação e Nutrição, o nutricionista no contexto da Atenção Primária à Saúde, o conceito de vulnerabilidade e sua aplicação no contexto dos agravos em saúde, o perfil epidemiológico dos agravos nutricionais em crianças e uma revisão integrativa da literatura com os principais elementos de vulnerabilidade a agravos nutricionais em menores de dois anos.

2.1 POLÍTICAS DE SAÚDE PARA A CRIANÇA E SUA INTERFACE COM A ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

Em 1924, a União Internacional do Fundo para a Salvação de Crianças, por meio da Declaração de Genebra, estabeleceu a primeira tentativa de reunir os direitos elementares das crianças por meio da extinta Liga das Nações, organismo precursor da Organização das Nações Unidas (ONU). (PAIM et al., 2012). Contudo, as primeiras políticas de saúde e nutrição da criança surgem anos mais tarde, em meados da década de 1930, permeadas por condições sociais econômicas emergenciais advindas das epidemias, catástrofes e guerras, aspectos estes geradores da fome pela escassez do alimento e a ausência da garantia às necessidades básicas humanas, afetando as famílias e seus integrantes, sobretudo os mais vulneráveis como as crianças. (VIEIRA, et al., 2013).

No Brasil, no período do Estado Novo (1937/1945), o Programa Estatal de Proteção à Maternidade, à Infância e à Adolescência foi o primeiro a surgir como ensaio de ações programadas e desenvolvidas pelo Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde, por intermédio da Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância, objetivando priorizar as ações do binômio mãe e filho com vistas à garantia de cuidados à saúde, ao parto e aos cuidados perinatais. (FURTADO et al., 2013).

Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde (MS), que teve como uma de suas prioridades a promoção da saúde materna e da criança por meio da instituição da Coordenação de Proteção Materno-Infantil (CPMI). Vinte e um anos depois, em 1974, com base nas experiências anteriores, criou-se o extinto Departamento Nacional da

Criança (DNC) e a primeira política programada aplicada à atenção à saúde infantil, o Programa Nacional de Saúde Materno Infantil (PNSMI) no qual se inicia a reflexão com vistas à elaboração de ações programáticas relacionadas aos agravos nutricionais. (VICTORA et al., 2011; FURTADO et al., 2013).

Esses distúrbios advinham da escassez de alimentos ocasionados pela política econômica do governo militar que inflacionava os preços e promovia o êxodo rural, prejudicando o acesso aos alimentos pelas famílias. (VICTORA et al., 2011). Tais medidas políticas resultaram no aumento dos indicadores de fome e das condições favoráveis ao surgimento de doenças parasitárias e virais, como as doenças diarreicas agudas em crianças menores de um ano de idade. (FURTADO et al., 2013).

Entre 1983 e 1984 houve, por ocasião de mudanças na estrutura governamental, a desvinculação das ações programáticas integradas entre o binômio mãe e filho. (VICTORA et al., 2011). A saúde infantil passou a estar sob os auspícios do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), cuja prioridade foi as peculiaridades deste público. Contudo, tal desvinculação interferiu no financiamento de ações para os estados e municípios em todo o território nacional, levando à necessidade de uma política nacional mais ampliada, que diminuísse as fragilidades relacionadas ao cuidado infanto-juvenil e materno- infantil. As ações relacionadas à alimentação e nutrição inseridas neste programa priorizavam a recuperação do estado nutricional frente à desnutrição e doenças parasitárias, a partir de políticas setorializadas e assistencialistas com a entrega de leite em alguns pontos do Brasil. (FURTADO et al., 2013).

Diante destas e inúmeras outras importantes condições programáticas, em 1988 foi criado, no nível legal, o Sistema Único de Saúde (SUS), com base em forte participação popular e nas cartas abertas das Conferências Internacionais de Saúde (Ottawa – 1986; Adelaide – 1988) e da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986). No SUS foram previstas as primeiras políticas programáticas sob a ótica da integralidade, acessibilidade, variedade de serviços, continuidade da atenção, hierarquização e organização do trabalho fundamentado na formação de equipes para atendimento a todos com necessidades em saúde, em especial a promoção e prevenção de agravos materno-infantis e, entre suas multidimensionalidades, o combate à pobreza e à escassez de alimentos, centrando-se no estabelecimento de objetivos no âmbito da nutrição e da dietética. (MONTEIRO; GOMES CANNON, 2010; PAIM et al., 2012).

Em 1990, com a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) embasado nas Diretrizes das Nações Unidas, o Brasil regulamentou os direitos das crianças e dos adolescentes inspirado pelas diretrizes fornecidas pela Constituição Federal de 1988. (ANDREUCCI; CECCATI, 2011). Foram incorporadas uma série de normativas internacionais que previam o direito à alimentação para uma boa nutrição e, se necessário, a recuperação da saúde, nos quais aspectos alimentares ganharam foro responsivo e dialógico entre população e Estado, cabendo a este respeitar, proteger e facilitar para a população infanto-juvenil a garantia do alimento de forma digna, para uma vida saudável, ativa, participativa e de qualidade. (FURTADO et al., 2013).

Em 1992, a Declaração Universal dos Direitos Humanos foi reafirmada no Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais e incorporou-se à legislação nacional o conceito no qual a alimentação e a nutrição constituem requisitos básicos para a promoção e proteção da saúde, possibilitando a afirmação plena do potencial de crescimento e desenvolvimento infantil e humano com qualidade de vida e cidadania. (BRITTO; ULKUER, 2012).

Diante destes direitos e deveres assumidos pelo Brasil, foi realizada, em 1994, a I Conferência Nacional de Segurança Alimentar (CNSA) que ampliou o conceito utilizado até então, considerando a importância do acesso universal aos alimentos. Na II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, em 2004, o conceito atribuído anteriormente à Segurança Alimentar passa a ser denominado “Segurança Alimentar e Nutricional” (SAN), incorporando, para além do acesso universal aos alimentos, o aspecto nutricional que resulta desse acesso, considerando questões relativas à composição, à qualidade e ao aproveitamento biológico do alimento. (KEPLLE; SEGALL-CORRÊA; 2011).

O conceito definido de acordo com o relatório final da II CNSA se refere à

[...] realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde, que respeitem a diversidade cultural e que sejam social, econômica e ambientalmente sustentáveis. (CONSEA 2007)

Seu teor consta na Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional, Lei nº 11.346, sancionada em 15 de julho de 2006. (BURLANDY, 2009).

Em consonância com as políticas acima descritas, em 1999, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) foi implantada com a participação de diversos

grupos, lideranças e instituições governamentais e não-governamentais atuantes no campo da alimentação e nutrição. (BURLANDY, 2009). As contribuições dos grupos embasaram a formulação desta política, que, atualmente, tem especial importância frente a prioridades governamentais para o combate à fome e às doenças prevalentes em grupos prioritários. (MAGALHÃES et al., 2014).

A (PNAN) surgiu como compromisso do Ministério da Saúde com os males relacionados à escassez alimentar e à pobreza para todos os públicos, sobretudo a desnutrição infantil e materna, com o complexo quadro dos excessos e *déficits*, pelas altas taxas de prevalência de sobrepeso e obesidade bem como de males relacionados à alimentação inadequada na população. (COUTINHO et al., 2009; VICTORA et al., 2011).

Assim, as condições nutricionais, nos ciclos da vida humana, assumiram diversas configurações epidemiológicas em função do processo saúde-doença de cada população. (BARROS et al., 2009). Estas situações impulsionaram a construção de uma agenda política para a prevenção da obesidade e demais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, dando impulso para a construção de políticas como a PNAM – política de alimentação e nutrição – como contribuição concreta do setor Saúde para questões relativas à alimentação e nutrição. (BARROS, 2010).

A PNAN traz, em seus preâmbulos, sete diretrizes programáticas conduzidas com base no Direito Humano à Alimentação (DHAA) e à Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), são elas: 1) estímulo a ações intersetoriais com vistas ao acesso universal aos alimentos; 2) garantia da segurança e qualidade dos alimentos; 3) monitoramento da situação alimentar e nutricional; 4) promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis; 5) prevenção e controle dos distúrbios e doenças nutricionais; 6) promoção do desenvolvimento de linhas de investigação; 7) desenvolvimento e capacitação de recursos humanos em saúde e nutrição. (MAGALHÃES, 2014).

Essas diretrizes formataram as prioridades políticas e democratizaram as ações programáticas tornando-as mais dialógicas, trazendo ao setor saúde a responsabilidade de executar atividades e ações de saúde e nutrição em consonância com a PNAN. De outra forma, foi incrementado o esforço dos organismos governamentais e não-governamentais em melhorar o acesso a alimentos de acordo com as políticas de Segurança Alimentar e Nutricional. (MAGALHÃES, 2014).

Dessa forma, o Estado passou a organizar e priorizar o desenvolvimento de ações de alimentação e nutrição ultrapassando as dimensões biológicas ligadas ao estado nutricional, tornando mais integradas a produção de alimentos, econômica e ambientalmente sustentável e que facilitem o acesso universal a uma alimentação saudável e equilibrada, com direito a condições básicas da renda e acesso a direitos, com vistas a assegurar impacto positivo sobre a saúde e a vida humana. (BARROS et al., 2009).

Considera-se, ainda, a atual transição nutricional justificada pela presença crescente de índices insatisfatórios de agravos nutricionais relacionados à má alimentação ocasionada pela insegurança alimentar, a qual interfere na qualidade de vida e no desenvolvimento humano das nações. (BARROS et al., 2009; BARROS, 2010).

Tal transição foi tema de discussão em conferências e encontros internacionais relacionados ao meio ambiente, direitos humanos, entre outros, e no início da década de 2000 na Cúpula do Milênio promovida pela Organização das Nações Unidas (ONU). Foi discutido um conjunto de propostas que se somou aos esforços de todas as nações para resolver problemas fundamentais com vistas à garantia da qualidade da vida humana. (LIMA, 2013).

Estas discussões reconhecem a importância da saúde, do meio ambiente, da educação e da igualdade entre sexos, relacionados entre si, como determinantes do desenvolvimento humano, os quais não poderiam ser tratados exclusivamente dentro das fronteiras de uma única nação. (LIMA et al., 2014). Nesse sentido, foram ampliados os compromissos traçados por líderes das grandes potências mundiais e chefes de Estado de 189 países, entre eles o Brasil, a fim de discutir a gravidade da situação epidemiológica, social, ecológica e econômica de muitos países do mundo, devendo, portanto, compor uma ação transversal multidimensional com vistas a diminuir e/ou erradicar estes problemas até 2015. (MIRANDA et al., 2014).

Assim, em 2000, ao analisar os principais problemas mundiais, a Organização das Nações Unidas (ONU) estabeleceu oito Objetivos do Milênio (ODM) que deveriam ser alcançados por todos os países até 2015. (VIEIRA et al., 2013). Estes teriam prioridade na agenda das ações de saúde e de proteção à vida, considerando seus determinantes transversais. Com enfoque na saúde da criança foram elencados os objetivos de: erradicação da pobreza extrema e da fome, diminuição da mortalidade infantil e melhoria da saúde materna. (MIRANDA et al., 2014).

Os (ODM) têm um significado ambíguo, trazem um misto de esperança e frustração em relação à desigualdade social, aos problemas ambientais e ao recrudescimento das guerras. Surgem como um novo marco após as expectativas com o avanço tecnológico do século XX e a entrada do terceiro milênio. (MIRANDA et al., 2014)

Dez anos depois, é possível reconhecer, de um modo geral, que houve significativo avanço na redução da mortalidade em menores de cinco anos, considerando que este índice diminuiu 35% em todo o mundo no período de 1990 a 2009. Foram poupadas as vidas de 12.000 crianças por dia, apesar do crescimento populacional. (MIRANDA et al., 2014).

Em algumas regiões, a redução da mortalidade em menores de cinco anos foi de 50% ou mais: no norte da África, na África setentrional, na América Latina e no Caribe, na Ásia oriental, no Sudoeste da Ásia, na Ásia ocidental e nos países desenvolvidos. Já na África subsaariana, na Ásia central e meridional, no Cáucaso e na Oceania o declínio da mortalidade foi importante, mas ainda insuficiente para atingir a meta em 2015. (MIRANDA et al., 2014).

No Brasil, a mortalidade em menores de cinco anos caiu em quase 60% no período de 1990 a 2010, o que configura a segunda maior redução da mortalidade entre os 68 países prioritários pesquisados pela (ONU) em 2008. A redução nacional média foi de 58% com diferenças regionais: 62% na região Nordeste, 57% na região Sul, 55% na região Sudeste e 53% nas regiões Norte e Centro-Oeste. (MIRANDA et al., 2014).

Atualmente, os resultados alcançados pelas nações por meio da (ODM) trazem algo de muito importante aos organismos políticos e às ações programáticas da saúde infantil mundial: a intersetorialidade firmada nos compromissos em que o Estado se responsabiliza por promover estas ações perante uma atitude global, considerando as especificidades regionais no enfrentamento dos agravos à saúde materno infantil. (MIRANDA et al., 2014). Nestes compromissos, o (DHAA) vem sendo incorporado às políticas públicas de nutrição e saúde, devido a um diálogo intersetorial para sua plena implementação e valorização com vistas à saúde das populações. (BURLANDY, 2009).

A formatação atual das políticas públicas de alimentação e nutrição voltadas para a saúde tem inclinado para o reestabelecimento da saúde integral e da expectativa de vida das populações. Porém, ainda existem dificuldades de

intervenções e ações de incentivo, as quais devem difundir informações e motivar os indivíduos para adoção de práticas saudáveis. (BURLANDY, 2009).

Assim, para a garantia do direito humano à alimentação adequada é fundamental que as políticas públicas estejam ancoradas em questões sociais e de enfrentamento das iniquidades sociais e de saúde. Portanto o projeto, o planejamento, a implementação e a gestão devem apoiar-se na busca da transformação do problema social da desnutrição e obesidade e dos agravos correlacionados às transformações sociais. (BURLANDY, 2009).

Nas sociedades desiguais e heterogêneas como a brasileira, as políticas sociais de saúde e de alimentação e nutrição do infante se fundem com o objetivo de diminuir as limitações estruturais produzidas pelo subdesenvolvimento econômico. Fato que ocorre na maioria dos países da América Latina e em diversas nações marcadas pela colonização escravista, pelas políticas repressoras e arrochos econômicos geradores de pobreza e da marginalidade social, os quais afetam as famílias e em especial as crianças, que sofrem as implicações físicas, intelectuais, emocionais e suas marcas para o desenvolvimento infanto-juvenil e humano. (VICTORA et al., 2011).

Para tanto, o objetivo plural da erradicação da miséria e acesso à alimentação e à nutrição está pautado nos preâmbulos das últimas conferências de SAN, as quais além de trazer ações imediatas para o cuidado alimentar infantil, traçam com a amplitude necessária ações e políticas para erradicação das desigualdades sociais que impactam na saúde infantil. (MALUF, 2015).

Neste sentido, destacam-se as ações político-programáticas relativas à nutrição e à saúde da criança com resultados efetivos, como o Programa Bolsa Família (BF), que vem trazendo impactos expressivos à saúde das famílias, em especial na saúde e condição nutricional das crianças. (CASTRO et al., 2015; ANIZELLI et al., 2015).

Outro exemplo é o Brasil Sem Miséria (BSM), que de maneira decisiva proporciona acesso à cidadania para as famílias e repercute no cuidado infantil com acesso e inclusão a serviços com ações intersetoriais. O BSM reflete na saúde e no desenvolvimento humano da população brasileira. (BRAZ, 2015).

A Ação Brasil Carinhoso (ABC) prevê, entre suas ações, a criação de vagas em creches e espaços sócioativos para famílias de crianças menores de três anos,

considerando que este tipo de estratégia, além de um direito adquirido, auxilia na adequação nutricional de crianças, especialmente as mais vulneráveis. (BRAZ, 2015).

Existem ainda diversas ações regionais financiadas por organizações públicas e de âmbito privado pautadas em macropolíticas, como o Fome Zero, que auxiliam de maneira decisiva a saúde da criança, mudando a realidade de comunidades e populações. (CASTRO et al., 2015).

Estes aspectos trazem aos discursos e ações em saúde um novo olhar crítico para as causas, externando desfechos indesejáveis dos agravos à saúde, responsabilizando o Estado e as condições socioeconômicas pelo perfil epidemiológico atual. Muitos questionamentos podem ser feitos neste campo da epidemiologia e tratados como crítica: Onde acontece o agravo? Como acontece o agravo? Quem sofre este agravo? O que causa este agravo? Quais processos críticos protetores e destrutivos estão relacionados ao surgimento do agravo? Estas questões revelam um panorama que problematiza os dados e trazem a perspectiva do cuidado de maneira complexa e emancipadora. (BREILH, 2009).

2.2 O NUTRICIONISTA NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) foi definido como o modelo de assistência à saúde responsável pelo desenvolvimento das ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, mediante a atuação de equipes de saúde no âmbito da atenção primária. (MONTEIRO; GOMES; CANNON, 2010). Além do trabalho de vigilância à saúde no nível da assistência, suas atividades incluem a programação de grupos terapêuticos, visitas e internações domiciliares, entre outras. (MAGALHÃES, 2014).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é um modelo assistencial na atenção básica que combina técnicas e tecnologias para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas focando na família e no ambiente onde ela vive, com olhar ampliado para a prevenção e promoção da saúde com vistas à diminuição de riscos e vulnerabilidades para agravos à saúde. (MONTEIRO; GOMES; CANNON, 2010).

A (ESF) tem sido uma das principais medidas de diminuição da desnutrição infantil, pois com sua ampliação pela atenção básica, houve uma importante qualificação do diagnóstico nutricional da população, incluindo as crianças.

(BARRETO et al., 2011). Os números trazem a amplitude desta política: são 30.782 equipes nas mais de 20 mil unidades básicas de saúde com (ESF), atuando em 5.268 municípios, cobrindo mais de 97,3 milhões de pessoas, entre estas 6,7 milhões de famílias em situação de vulnerabilidade socioeconômica. (MAGALHÃES, 2014).

Estudos demonstram que a (ESF), no período de 1992 a 2008, apresentou indicadores que revelam redução expressiva da mortalidade infantil e da ocorrência de outros agravos. (BRASIL, 2011a). Uma pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde em parceria com a Universidade de São Paulo e Universidade de Nova York demonstrou que a cada 10% de aumento de cobertura populacional proporcionada pela estratégia saúde da família, o índice de mortalidade infantil cai para 4,6%. (PAIM et al., 2012).

Outro motivo para melhorias no perfil assistencial e epidemiológico tem sido a atuação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), os quais foram criados pelo Ministério da Saúde em 2008, com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações. (MOURA et al., 2014; BARRETO et al., 2011).

Atualmente, os (NASF) estão regulamentados pela Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. Estes são constituídos por equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), as equipes de atenção básica para populações específicas, como os consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais e com o Programa Academia da Saúde. A Portaria 3.124, de 28 de dezembro de 2012, do Ministério da Saúde, criou uma terceira modalidade, o (NASF) três, abrindo a possibilidade de qualquer município do Brasil implantar equipes do (NASF), desde que tenha ao menos uma (ESF). (MOURA et al., 2014).

Os (NASF) executam apoio matricial e tecnológico e, para tanto, contam com a presença de nutricionistas entre outros profissionais que realizam ações de promoção da saúde, prevenção e monitoramento efetivo de agravos, em especial, da desnutrição infantil. (MAGALHÃES, 2014). Esta atuação integrada permite realizar discussões de casos clínicos, possibilita o atendimento compartilhado entre profissionais, tanto na unidade de saúde como nas visitas domiciliares, e a construção conjunta de projetos terapêuticos. Assim, é possível ampliar e qualificar as intervenções intersetoriais no território e na saúde de grupos populacionais. (MOURA et al., 2014).

O objetivo principal da inclusão do nutricionista no âmbito da (APS) era ampliar a abrangência e a resolubilidade das ações de enfrentamento dos agravos nutricionais. Suas atividades devem estar em consonância com as diretrizes assistenciais do (NASF), em conformidade com as diretrizes da (PNAN) bem como priorizar ações na (APS), prevenir agravos nutricionais e promover a saúde integral dos indivíduos e comunidades. (MAGALHÃES, 2014)

No (NASF), o nutricionista realiza diagnóstico alimentar e nutricional por meio da avaliação clínica e antropométrica, verificando o consumo de alimentos pelas crianças e identificando as principais carências nutricionais. Além dos dados clínicos, os nutricionistas avaliam a condição social econômica das famílias, encaminham pacientes para uma atenção especializada, prescrevem medicamentos e/ou complementação alimentar. (MAGALHÃES, 2014; BARRETO et al., 2011).

É neste contexto que as ações de alimentação e nutrição têm alcançado seu espaço. Os desafios para o êxito dessas ações têm sido: formação e qualificação de profissionais preparados para atuar de forma integrada às políticas vigentes, objetivando gerir ações de segurança alimentar e nutricional intersetoriais que necessitam integrar efetivamente as ações de alimentação e nutrição em municípios e estados; cumprimento de metas para garantir a integralidade da atenção à saúde prestada à população brasileira, assim como a garantia do direito à alimentação segura e acessível. (MONTEIRO et al., 2014; MAGALHÃES, 2014).

Contudo, as equipes do (NASF) têm enfrentado dificuldades e desafios relacionados às questões estruturantes, cujas respostas dependem da governabilidade dos gestores públicos. Cita-se nesse conjunto de obstáculos: ausência ou carência de recursos humanos e materiais para o desenvolvimento do trabalho, com a alta rotatividade de profissionais; falta de formação complementar em Saúde Coletiva; dificuldades na organização das atividades e do processo de trabalho; a percepção e o posicionamento destes profissionais sobre a experiência vivida junto à comunidade. (CERVATO-MANCUSO et al., 2012).

Para superar esse desafio, é preciso fomentar a inserção de ações de alimentação e nutrição, no âmbito das estratégias de atenção à saúde, que sejam desenhadas com modelos assistenciais multi e interdisciplinares (MONTEIRO; GOMES; CANNON, 2010). Tais ações devem objetivar promover a inserção qualificada do nutricionista e de outros profissionais na rede de atenção à saúde, para

atuarem junto com a população, visando à melhoria dos perfis de saúde e da qualidade de vida. (VICTORA et al., 2011).

Destaca-se a concreta potencialidade da (ESF) em melhorar os indicadores de saúde, especificamente em melhorar o perfil alimentar e nutricional da população, com ações de enfrentamento de agravos relacionados à inadequações alimentares. (MONTEIRO; GOMES; CANNON, 2010; MAGALHÃES, 2014).

O atual perfil epidemiológico brasileiro, representado pela alta prevalência de DCNT's como doenças cardiovasculares, neoplásicas e metabólicas, justifica a incorporação das ações de alimentação e nutrição no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS). (PAIM et al., 2012; MAGALHÃES, 2014).

Destarte, o êxito de políticas públicas globais e transversais como o Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), a Política Estadual de Segurança Alimentar e Nutricional (PESAN) e, especialmente, com a Política Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional (PMSAN) e a efetividade das ações de alimentação e nutrição na APS trarão avanços importantes à saúde e à nutrição da população. (PAIM et al., 2012). Assim, a área de alimentação e nutrição desponta como ação pragmática transversal com vistas à saúde integral, que visa contribuir com a melhoria da qualidade de vida da população e a garantia do acesso a uma alimentação saudável. (JUNQUEIRA; COTTA, 2014).

2.3 AGRAVOS NUTRICIONAIS EM MENORES DE DOIS ANOS

Os agravos nutricionais são responsáveis por inúmeras repercussões negativas na saúde das nações, sobretudo nos países em desenvolvimento, como o Brasil. (VICTORA et al., 2011). Estima-se que as hipovitaminoses e anemias constituem-se nos principais problemas de saúde pública que afetam, principalmente, gestantes, crianças menores de dois anos e populações vulneráveis. Já a obesidade e suas consequências compõem a agenda de urgências das Políticas Públicas de Saúde. (KRAMER et al., 2014).

Os agravos nutricionais ocorrem tanto como precursores quanto como sucessores de alterações do Estado Nutricional (EN), já que estes geram sintomas físicos e clínicos e alterações laboratoriais decorrentes da deficiência de macro e microelementos caracterizados pela desnutrição, deficiência de vitaminas e/ou hipovitaminoses e de sais minerais como as anemias. (CARRAZA; MARCONDES;

ALCANTARA, 1994; PALMA, 1995). Os agravos nutricionais pela deficiência de nutrientes estão relacionados com condições socioeconômicas desfavoráveis e com ausência de alimentos em quantidade e qualidade suficientes. (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2014).

Os agravos nutricionais ocorrem por decorrência de deficiências e excessos de nutrientes trazendo prejuízo à saúde e ao desenvolvimento físico e intelectual humano. (CARRAZA, 1994). Esta definição difere da expressão condição nutricional ou Estado Nutricional (EN), pois este é um indicador de medidas clínicas e antropométricas para identificar o risco ou a ocorrência de agravos nutricionais. (CARRAZA; MARCONDES; ALCANTARA, 1994).

O excesso de macro e microelementos é proveniente, especialmente, do estilo de vida não saudável, caracterizado pela obesidade, sobrepeso e as dislipidemias. Estes agravos causam múltiplas complicações, entre as quais se destacam o Diabetes Mellitus (DM), a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e outras doenças cardiovasculares. (CARRAZA; MARCONDES; ALCANTARA, 1994; PALMA, 1995). Indicadores de mortalidade em decorrência de agravos nutricionais relativos ao excesso de macro e micronutrientes têm ultrapassado o número de mortes evitáveis pelo tabagismo. (VICTORA et al., 2011; KRAMER et al., 2014).

Verifica-se um aumento significativo do número de crianças obesas que apresentam alterações metabólicas importantes, como aumento nos triglicérides e colesterol e a presença de má nutrição e deficiências de ferro e micronutrientes, especialmente nas crianças em idade pré-escolar e escolar. (VICTORA et al., 2011). Esta condição pode ser isolada e/ou ocorrer de forma paralela a outros agravos nutricionais, sendo considerada comum a presença da obesidade e da anemia em uma mesma criança. (KRAMER et al., 2014).

Pesquisas apontam que é na fase intrauterina e na primeira infância que ocorrem as maiores e mais aceleradas modificações físicas e psicológicas de toda fase da vida humana, nelas, os condicionantes externos e biológicos podem tornar vulnerável o infante, requerendo assim criterioso monitoramento e acompanhamento de seu crescimento e desenvolvimento com vistas ao alcance máximo do potencial humano. (ADAIR et al., 2012; KRAMER et al., 2014).

Para entender esta relação é importante salientar que os primeiros dois anos de vida da criança se constituem na fase de lactação, a qual é caracterizada por um crescimento acelerado e por importantes aquisições no processo de desenvolvimento,

representando um período crítico de vulnerabilidades aos agravos nutricionais, em especial para criança em condições sociais desfavoráveis em sociedades subdesenvolvidas. (SHONKOFF et al., 2012).

Estudos revelam que as principais causas de morte de crianças em todo o mundo poderiam ser prevenidas com a combinação de aleitamento materno exclusivo até os seis meses e práticas adequadas de alimentação complementar até os dois anos de idade. (LUQUE et al., 2011; TARRICONE; SERRA; CARDOSO, 2011).

O Leite Materno (LM) deve ser o primeiro alimento dos indivíduos, pois garante a saúde e o desenvolvimento adequado das crianças. O Brasil adota as recomendações internacionais, em que o aleitamento materno deve ser exclusivo até o sexto mês e continuado até o segundo ano de vida de forma complementar. (CAMPOS et al., 2014).

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), realizada em 2010, apontou que 95% das crianças brasileiras receberam (LM) nos primeiros meses de vida, mas esse número cai drasticamente ao longo dos dois primeiros anos de vida. De acordo com a II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno realizada no âmbito das capitais brasileiras e Distrito Federal em 2008, a mediana de Aleitamento Materno Exclusivo (AME) em seis meses foi de 54 dias e a do Aleitamento Materno Total (AMT) em 24 meses foi de 342 dias. Atualmente, em 2013, a prevalência do (AME) em menores de seis meses foi de 41% (BRASIL, 2014). A introdução precoce de alimentos antes dos dois meses de idade era uma prática em 14% das crianças, evoluindo para mais de 30% nas crianças entre quatro e cinco meses. (VIANA et al., 2013).

A transição do (AM) para os alimentos consumidos pela família é o período denominado como Alimentação Complementar (AC), que deve ser iniciada aos seis meses de idade e concluída aos vinte e quatro meses. A introdução de alimentos deve ser feita em tempo oportuno, em quantidade e qualidade adequadas a cada fase do desenvolvimento infantil. Esse é o momento em que os primeiros hábitos são adquiridos e formados, e a correta inserção dos alimentos tem o papel de promoção à saúde e hábitos saudáveis, além de proteger a criança de deficiências de micronutrientes e doenças crônicas na idade adulta. (VIANA et al., 2013).

Nesta fase de menores de dois anos de vida, as deficiências nutricionais ou condutas inadequadas com relação às práticas alimentares, com excesso de alimentos inseguros e ausência de inserção de alimentos sólidos, podem acrescer

riscos de morbimortalidade e agravos nutricionais, influenciando negativamente o crescimento e desenvolvimento infantil saudável. (CURSINO; FUJIMORI, 2012; ADAIR et al., 2012).

Os agravos nutricionais em crianças são intercorrências graves e prejudiciais ao desenvolvimento infantil, em que o resultado é a interação dinâmica entre a criança e o ambiente, influenciando-se mutuamente, no qual se torna necessário avaliar os efeitos a fim de intervir nas fragilidades existentes. (DARNTON-HILL, NISHIDA, JAMES, 2004; GRANTHAM-MCGREGOR et al., 2014).

O Desenvolvimento Infantil (DI) é caracterizado pelo conjunto de modificações, mais ou menos contínuo, que obedece à certa sucessão de acontecimentos, são progressivos, irreversíveis e suscetíveis de ocorrerem a nível molecular, funcional ou comportamental. (VICTORA et al., 2011).

O crescimento e maturação, embora sejam processos subentendidos no desenvolvimento, não podem ser confundidos, pois o termo crescimento refere-se ao processo metaplásico que o organismo sofre, enquanto a maturação é o processo que culmina com a aquisição das habilidades necessárias para funcionalidades diversas. (VICTORA et al., 2011).

Para tanto, é essencial o acompanhamento do desenvolvimento e do crescimento infantil, ação esta que integra as atividades de atenção à criança, relacionadas a aspectos biológicos, afetivos, psíquicos e sociais com vistas a detectar precocemente transtornos que possam afetar o potencial de desenvolvimento da criança, em especial o estado nutricional e os aspectos de acesso a alimentos adequados. (VICTORA et al., 2011).

Atualmente a prevenção e combate a agravos nutricionais infantis devem ser iniciados na concepção e na gestação, pois ocorrências indesejáveis nestas fases influenciam no (DI) e no crescimento infantil, já que os primeiros 1000 dias de vida de uma criança interferem no desenvolvimento biopsicossocial. (VICTORA et al., 2011).

O Estado Nutricional (EM) é o indicador principal de saúde individual e coletiva, este reflete as condições de vida, desenvolvimento humano, segurança alimentar, e pode indicar risco a agravos nutricionais agudos ou graves durante a vida da criança. (GRANTHAM-MCGREGOR et al., 2014).

2.3.1 Desnutrição, hipovitaminoses e anemias

Entre os agravos nutricionais, o Baixo Peso ao Nascer (BPN) manifesta modificações orgânicas, metabólicas e hormonais que tornam as crianças vulneráveis para o resto da vida, com propensão a desenvolverem Obesidade (O), Sobrepeso (SP) e Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCTs) na fase adulta. Neste aspecto, ressalta-se a importância de que intervenções aconteçam até os dois anos de idade, a fim de diminuir a progressão de agravos no futuro. (KRAMMER et al., 2014).

A prevalência de Baixo Peso (BP) para idade em crianças de até cinco anos tem apresentado uma queda de mais de 60% nos últimos 15 anos. Os dados demonstram essa queda: 18,4% em 1974, 5,7% em 1996, 4,8% em 2008 e 3,09 % em 2010. (BRASIL, 2014). Dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) indicam a diminuição da prevalência da desnutrição infantil em diversas áreas do Brasil, provavelmente associada às melhorias de condições sociais, educativas e econômicas, ocorridas, principalmente, nas grandes metrópoles. (BRASIL, 2014).

A desnutrição infantil, indicada pelo comprometimento grave do crescimento linear e/ou pelo emagrecimento extremo da criança, constitui-se em um dos maiores problemas enfrentados por países em desenvolvimento, seja pela elevada frequência, ou pela relevância dos danos associados a tais condições nutricionais. (MORAIS et al., 2014). Estudos apontam que existem 253 municípios brasileiros com 10% ou mais de crianças menores de cinco anos com desnutrição aguda, em 2011, representando um total de 22.194 crianças. (MORAIS et al., 2014).

A diarreia aguda, uma das maiores causas de desnutrição e mortalidade infantil, que havia causado 2.913 óbitos em 2003, fechou o ano de 2008 com 1.410 mortes, registrando uma redução de 51,6%. Em 2013, registrou-se um contingente de 64% a menos de ocorrência de mortes brasileiras nesta faixa etária. (BRASIL, 2014).

Mesmo com a diminuição de mais de 20% da Desnutrição Energética Proteica (DEP) na última década, um contingente considerável de crianças brasileiras ainda apresenta atraso marcante de crescimento, pela relação peso/idade na faixa crítica dos seis aos vinte e três meses. (VICTORA et al., 2011).

Com relação ao *déficit* de altura, em 1996, 10,5% das crianças brasileiras apresentavam *déficit* de altura e a prevalência desta condição variava notavelmente nas regiões brasileiras, situando-se entre 5,1% no Sul e 17,9% no Nordeste. (COUTINHO et al., 2009; BRASIL, 2011a). Tomando como referência o *déficit* peso/idade (P/I), a situação também se mostrava desfavorável no Brasil, ocorrendo

em 5,7% das crianças menores de cinco anos, com as maiores frequências registradas com 7,7% na região Norte e de 8,3% no Nordeste. (BRASIL, 2010).

A má nutrição e seus determinantes configuram-se como os agravos nutricionais oriundos da pobreza e, quando ocorrem na primeira infância, estão associados a maior mortalidade pela recorrência de doenças infecciosas, trazendo prejuízos ao desenvolvimento psicomotor, menor aproveitamento escolar e diminuindo a capacidade produtiva na idade adulta, constituindo-se em um importante problema de saúde pública a ser enfrentado. (VICTORA et al., 2011; MONTEIRO et al., 2014).

Outro aspecto são carências nutricionais relacionadas às deficiências de micronutrientes, centralizadas no trinômio: Vitamina A-Ferro-Iodo, sobre as quais as avaliações evidenciam um quadro preocupante. (COUTINHO et al., 2009; BURLANDY, 2009). A deficiência de vitamina A apresenta-se como um problema endêmico em grandes espaços das regiões Norte, Nordeste e Sudeste. A população infantil do Nordeste é a mais vulnerável ao problema, uma vez que entre 16% a 55% das crianças apresentam dosagem de vitamina A abaixo de 20 mcg/dl, caracterizando situações de carências endêmicas. (VICTORA et al., 2011).

O impacto da ingestão inadequada de nutrientes na morfologia cerebral e na atividade e sinapse de neurônios podem resultar em prejuízos cognitivos que abrangem a habilidade de aplicar ou generalizar conhecimentos adquiridos a situações novas. A deficiência de ferro e/ou anemia no início da infância está relacionada ao frágil desempenho em testes cognitivos ao atingir a idade escolar. (VEENA et al., 2010).

Um estudo publicado recentemente verificou que crianças cujas mães apresentaram maiores concentrações de folato durante a gestação tiveram melhor desempenho em testes de função cognitiva entre os nove e dez anos de idade, independente de fatores como a condição socioeconômica e a concentração sérica de folato na criança. A presença do ácido fólico está relacionada à ingestão materna deste micronutriente durante a gestação (VEENA et al., 2010).

A deficiência de zinco altera a regulação do sistema nervoso autônomo e o desenvolvimento do hipocampo e do cerebelo. Porém, não parece influenciar o quociente de inteligência de crianças. Outros nutrientes importantes para o desenvolvimento cerebral e físico incluem iodo, cobre e os ácidos graxos poli-insaturados de cadeia longa. (VEENA et al., 2010).

As deficiências de ferro e vitamina A afetam o crescimento somente em condições de deficiência severa, enquanto que até mesmo a deficiência leve de zinco pode ter consequências negativas no crescimento. Em geral, as deficiências de micronutrientes como o ferro, vitamina A e zinco estão associadas ao *déficit* de crescimento linear em crianças. (PEDRAZA et al., 2013).

A maioria dos casos de *déficit* de estatura resultam da interação entre o potencial genético e a biodisponibilidade de macro e micronutrientes durante o período de crescimento. As lacunas sobre a melhor estratégia de suplementação com micronutrientes para a prevenção e a redução do *déficit* de estatura de crianças nos países em desenvolvimento explicam a importância de um melhor conhecimento a esse respeito. (VEENA et al., 2010; PEDRAZA et al., 2013).

2.3.2 Sobrepeso e obesidade

Segundo dados do SISVAN, a região Sul do Brasil possui elevada prevalência de sobrepeso em crianças cujas mães possuem sete anos ou mais de educação escolar, e está associado ao consumo de bebidas e doces calóricos em quatro ou mais vezes por semana. (MORAIS et al., 2014).

Se, por um lado, alguns indicadores anteriormente mencionados mostram uma melhoria na saúde infantil, por outro, surgem problemas novos, como a obesidade e os *déficits* de crescimento inter-relacionados à anemias e carências nutricionais, que constituem desafio a ser enfrentado devido à ocorrência de danos à saúde. (CORREA; ARPINI; FERREIRA, 2014; MONTEIRO et al., 2014).

Portanto, é necessário trabalhar em diferentes vertentes: a erradicação da ocorrência de desnutrição especialmente entre recém-nascidos e o controle da obesidade infanto-juvenil. (VICTORA et al., 2009; MORAIS et al., 2014). Assim, estes agravos e seus determinantes sinalizam a necessidade de maiores investimentos sociais e de atenção com enfoque na qualidade do alimento disponível e sua relação com a Segurança Alimentar e Nutricional. (VICTORA et al., 2011).

A origem da obesidade na adolescência tem correlação com baixo peso ao nascer e a desnutrição crônica, sendo concomitantemente prevalentes em todas as classes sociais. (SILVEIRA et al., 2010). Estudos longitudinais apontam que a má nutrição e a insegurança alimentar intrauterina são aspectos inerentes a países multirraciais, e mostram que a criança obesa tem 60% a mais de chances de

desenvolver (DCNT), podendo prejudicar o seu desenvolvimento físico, psíquico e sua inserção social, além da diminuição de expectativa de vida na idade adulta, configurando importante problema de saúde pública. (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003; MELO et al., 2013).

Assim, a obesidade é, atualmente, um dos agravos mais frequentes em crianças e envolve múltiplos fatores relacionados à saúde materna, neonatal, cuidados familiares e as condições socioeconômicas e culturais. (MORAIS et al., 2014).

Estudos mostram que uma criança com sobrepeso e obesidade pode desenvolver doenças cardiovasculares ainda na primeira infância, acarretando risco eminente à saúde e à integridade infantil, podendo ainda perdurar em 30% dos casos por todas as fases da vida. (VICTORA et al., 2011; CAMPOS et al., 2014; ADAIR et al., 2012; NOBRE et al., 2013).

O acesso aos alimentos em termos quantitativos e qualitativos refere-se ao suprimento das necessidades nutricionais de toda a população e em todas as classes socioeconômicas, e devem ser garantidas de maneira regular e permanente para diminuição de agravos nutricionais e de saúde. Necessidades nutricionais de indivíduos e populações são pontos relevantes para a análise, pois tanto o *déficit* quanto o excesso de nutrientes e calorias são prejudiciais para o estado nutricional, caracterizando, portanto, uma das faces da insegurança alimentar. (MONTEIRO, et al. 2014).

Para tanto, em um país de contrastes, dicotomias epidemiológicas mostrem os agravos relacionados ao excesso e à ausência de alimentos, expondo as desigualdades, caracterizando assim, um fenômeno para além dos dados antropométricos, de dimensões contemporâneas, decorrentes, principalmente, de uma alimentação inadequada em termos de qualidade e quantidade. (VICTORA et al., 2009; RIGON, 2012; MORAIS et al., 2014).

As condições socioeconômicas individuais podem influenciar a saúde das crianças, suscitando a necessidade de construir propostas de intervenção que subsidiem os profissionais de saúde na apreensão dos elementos condicionantes de vulnerabilidade das crianças para agravos nutricionais. (CHIESA et al., 2009). Neste sentido, é importante repensar formas para o enfrentamento desta realidade pelo Estado, mediante as políticas públicas, as quais devem atuar em diferentes frentes tendo como base o atual quadro epidemiológico do Brasil, considerando o processo

de adoecer e morrer das populações e a sua interface com as políticas econômicas e sociais do país (MORAIS et al., 2014).

Deste modo, os agravos nutricionais devem ser monitorados, principalmente os graves e moderados ligados à doenças que dificultem a alimentação e a nutrição; a garantia da oferta de cuidados adequados para recuperação dos indivíduos também exige monitoramento. A alimentação especial adequada à populações com alergias alimentares e/ou deficiências motoras são recursos importantes na conduta domiciliar e hospitalar (VICTORA et al., 2011).

A avaliação periódica e efetiva do estado nutricional permite intervir nos condicionantes de morbimortalidade e pode sinalizar precocemente casos de má nutrição, que são considerados causas básicas da instalação ou do agravamento da maior parte dos problemas de saúde infantil. (MONTEIRO et al. 2014). Para tanto, a atenção à saúde da criança deve ser planejada abrangendo políticas sanitárias e epidemiológicas, em quaisquer níveis de atenção, reconhecendo os agravos que impliquem condições de vulnerabilidade à saúde da criança, sobretudo as condições ligadas à alimentação e à nutrição. (CHIESA, 2005).

Contudo, dados atuais da condição nutricional infantil mostram leve queda nos índices de desnutrição e crescente aumento nos índices de obesidade e sobrepeso pelo acesso a maior quantidade de alimentos, inclusive em crianças menores de dois anos, em diferentes regiões do mundo. Este fenômeno mostra a necessidade de se compor uma agenda mínima de ações à promoção da saúde da criança. (MELLO et al., 2014).

Neste sentido é importante salientar que a transição nutricional ocorre dentre outros fatores pelo consumo excessivo de alimentos inseguros, acarretando prejuízos à saúde dos indivíduos em todo mundo. (MORAIS et al., 2014).

Todavia, mostram-se necessárias estratégias que assegurem possibilidades de enfrentamento deste fenômeno, em especial com as crianças menores de dois anos, considerando que nesta fase os recursos genéticos e ambientais podem potencializar ou não seu crescimento e desenvolvimento, visando uma boa saúde física e cognitiva, aspectos estes que vão ao encontro da proposta deste estudo.

2.4 O CONCEITO DE VULNERABILIDADE E SUA APLICAÇÃO NO CONTEXTO DOS AGRAVOS À SAÚDE

A vulnerabilidade pode ser conceituada como a chance ou a oportunidade de indivíduos virem a sofrer prejuízos em sua saúde devido à influência de aspectos das dimensões individual, social e programática. A vulnerabilidade é compreendida sob três pilares correlacionados:

Vulnerabilidade individual compreende os aspectos biológicos, emocionais, cognitivos, atitudinais e referentes às relações sociais. (AYRES et al., 2006; AYRES; PAIVA; FRANÇA JÚNIOR, 2011).

Vulnerabilidade social é caracterizada por aspectos culturais, sociais e econômicos que determinam as oportunidades de acesso a bens e serviços. (AYRES et al., 2006; AYRES; PAIVA; FRANÇA JÚNIOR, 2011).

Vulnerabilidade programática refere-se aos recursos sociais necessários para a proteção do indivíduo de riscos à integridade e ao bem-estar físico, psicológico e social. (AYRES et al., 2006; AYRES; PAIVA; FRANÇA JÚNIOR, 2011).

A vulnerabilidade tem sido discutida na perspectiva do esforço de produção e difusão de conhecimento, a qual passa pelo debate e ação sobre os diferentes graus e naturezas da suscetibilidade de indivíduos e coletividades à infecção, adoecimento ou morte. Este conceito permite investigações detalhadas sobre a temática dos agravos em saúde, mais especificamente no que se refere à reformulação de necessidades em saúde e permanentes estratégias preventivas, podendo ser utilizado para análise deste e de outros agravos preveníveis ou não. (AYRES; PAIVA; FRANÇA JÚNIOR, 2011).

O conceito de vulnerabilidade proporciona um avanço na visão fragmentada de estratégias de redução de risco ou prevenção de agravos que são focadas no âmbito biológico ou individual e pragmático, para uma leitura epidemiológica e sanitária focada na busca da autonomia das pessoas e na resposta social necessária para o enfrentamento destas situações de saúde-doença. (AYRES et al., 2006; AYRES; PAIVA; FRANÇA JÚNIOR, 2011)

A gênese do conceito de vulnerabilidade advém dos direitos humanos e foi apresentado, inicialmente, por meio de ações do Programa das Nações Unidas para a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS), denominado UNAIDS. Esta proposta foi realizada para o controle da incidência da doença em nível mundial e da baixa adesão das práticas vigentes, as quais não conseguiam responder adequadamente ao avanço e transmissão do agravo HIV/AIDS, especialmente entre pessoas de classes sociais mais baixas, mulheres, negros, moradores das periferias

das grandes cidades, assim como as residentes em nações mais pobres. (AYRES et al., 2003; AYRES et al., 2006).

A proposição do conceito de vulnerabilidade teve sua motivação no contexto da tentativa de se impedir o avanço da epidemia de (AIDS) nos anos 1980, cujas práticas focaram prioritariamente nas estratégias de grupos de risco, que segundo a compreensão da época, apresentavam maior probabilidade de transmissão, como os homossexuais, usuários de heroína, haitianos e hemofílicos, denominados os quatro H. (AYRES et al., 2006).

Contudo, tal iniciativa sanitária não mostrou resultados devidamente efetivos, o que conduziu os serviços epidemiológicos a adotarem como estratégia a identificação de comportamento de risco. Nesta perspectiva, a percepção de risco do indivíduo frente à doença, de forma contextualizada, foi identificada como fator relevante para a mudança comportamental dos indivíduos doentes, assim como para a efetivação das mudanças necessárias no âmbito do setor saúde. Logo, o conceito de comportamento de risco passou a informar uma classificação científica do comportamento social, derivada de análises epidemiológicas ou avaliações do risco, passando a constituir o objeto central da discussão acerca da prevenção da doença. (AYRES et al., 2006; AYRES; PAIVA; FRANÇA JÚNIOR, 2011).

A evolução da concepção de grupos de risco para comportamentos de risco minimizou o estigma e a exclusão de grupos e populações específicas em relação à epidemia da (AIDS), ampliando a preocupação com o problema e estimulando um envolvimento ativo dos indivíduos com a prevenção. Ademais, devido ao quadro epidemiológico mutante e diversificado da epidemia, a aparente evidência de que o agravo HIV/AIDS não acometia apenas as pessoas pertencentes aos denominados grupos de risco, mas poderia atingir/afetar/ outros segmentos populacionais, auxiliando na aceitação e na popularização da prevenção do agravo. (AYRES et al., 2006; AYRES; PAIVA; FRANÇA JÚNIOR, 2011).

Assim, gradativamente, as ações para grupos e/ou para comportamentos sustentados na concepção de risco foram ampliados para uma compreensão mais abrangente, pautada na vulnerabilidade. O Risco é um constructo metodológico mensurável que pode ser calculado por meio da probabilidade de ocorrer um agravo em um grupo qualquer, por meio de associação entre causas apresentadas e eventos ocorridos, sendo consideradas as características biológicas e ambientais. Por outro lado, a vulnerabilidade procura apreender a chance ou a oportunidade de indivíduos

ou grupos virem a sofrer agravos, a partir de um conjunto complexo e abrangente de condições intervenientes no campo social, cultural e político, que vão além das associações probabilísticas (AYRES et al., 2006; AYRES; PAIVA; FRANÇA JÚNIOR, 2011).

O Risco ainda cabe em um mundo diferente daquele para o qual o conceito foi definido, em especial em um mundo pós-clínico, pós-causal e não cartesiano, cuja cosmologia é diferente daquela que se concebia quando se criou o conceito de risco como indicador de causalidade ou resíduo da probabilidade. (ALMEIDA-FILHO; COUTINHO, 2007).

Esse conceito particular de Risco subsidia modelos de prevenção de doenças ou eventos mórbidos com variantes como: i) modelos de prevenção individual a partir do conceito clínico de Risco; ii) modelos de prevenção populacional; iii) risco como perigo estruturado. Tal conceito ainda subsidia largamente modelos de intervenção nos campos da saúde ambiental e ocupacional e, nesse caso, é preciso explorar sua base dedutiva, descritiva e estrutural, tarefa que evidentemente extrapola para discussões mais amplas. (ALMEIDA FILHO; COUTINHO, 2007).

No entanto, a vulnerabilidade busca fornecer elementos para avaliar objetivamente as diferentes chances que todo e qualquer indivíduo tem de se contaminar, dado o conjunto formado por certas características individuais e sociais de seu cotidiano, julgadas relevantes para a sua maior exposição ao agravo em saúde, ou sua menor ou maior chance de proteção ou exposição. (AYRES et al., 2006; AYRES; PAIVA; FRANÇA JÚNIOR, 2011).

A construção e a aplicação do conceito de vulnerabilidade no campo da saúde são relativamente recentes e estão relacionadas ao esforço de superação das práticas preventivas apoiadas no conceito de risco. (NICHATA; BERTOLOZZI; TAKAHASHI, 2008). Quando estas práticas são reforçadas pela aplicabilidade do conceito de vulnerabilidade, ao qual podem ser incorporadas estratégias com vistas à observação, composição e estruturação de políticas que considerem o agravo na perspectiva do indivíduo e dos seus aspectos relacionados. Esse agir dialógico pode ser operacionalizado em uma matriz de análise com aplicabilidade prática em diversas outras ocasiões em que o agravo ocorra ou possa ocorrer. (AYRES et al., 2006; AYRES; PAIVA; FRANÇA JÚNIOR, 2011).

Portanto, a operacionalização deste conceito pôde promover a renovação das práticas de cuidado, dando maior integralidade e equidade às ações de saúde, com o

reconhecimento dos elementos de vulnerabilidade do indivíduo e suas conexões entre os diversos contextos socioeconômicos, políticos, institucionais e culturais. (NICHATA; BERTOLOZZI; TAKAHASHI, 2008). Seu uso permite maior fortalecimento dos ambientes saudáveis de vida e do potencial de saúde, permitindo a apreensão da determinação social da doença, estimulando as transformações nas práticas de saúde, como práticas sociais, históricas e intersetoriais. (MUÑOZ SANCHEZ; BERTOLOZZI, 2007).

O conceito de vulnerabilidade na prática assistencial pode ser uma ferramenta útil para fomentar ações de educação permanente em saúde que visem fortalecer e incrementar o conhecimento para uma práxis profissional adequada às realidades de sua população adscrita. Por outro lado, a vulnerabilidade pode reorientar o modelo assistencial, fortalecendo a capacidade de diagnóstico e intervenção das equipes bem como trazendo resultados eficazes para seu trabalho e que modifiquem os perfis epidemiológicos das populações atendidas. (SILVA et al., 2013).

Para isso é necessário compreender as diferentes bases deste conceito, como ele é construído, elaborado e contextualizado. (NICHATA; BERTOLOZZI; TAKAHASHI, 2008). Desse modo, a busca científica desta investigação em conhecer a vulnerabilidade da criança para agravos nutricionais será fundamentada pela utilização da matriz de análise de vulnerabilidade no desenvolvimento infantil proposta por Silva et al. (2013).

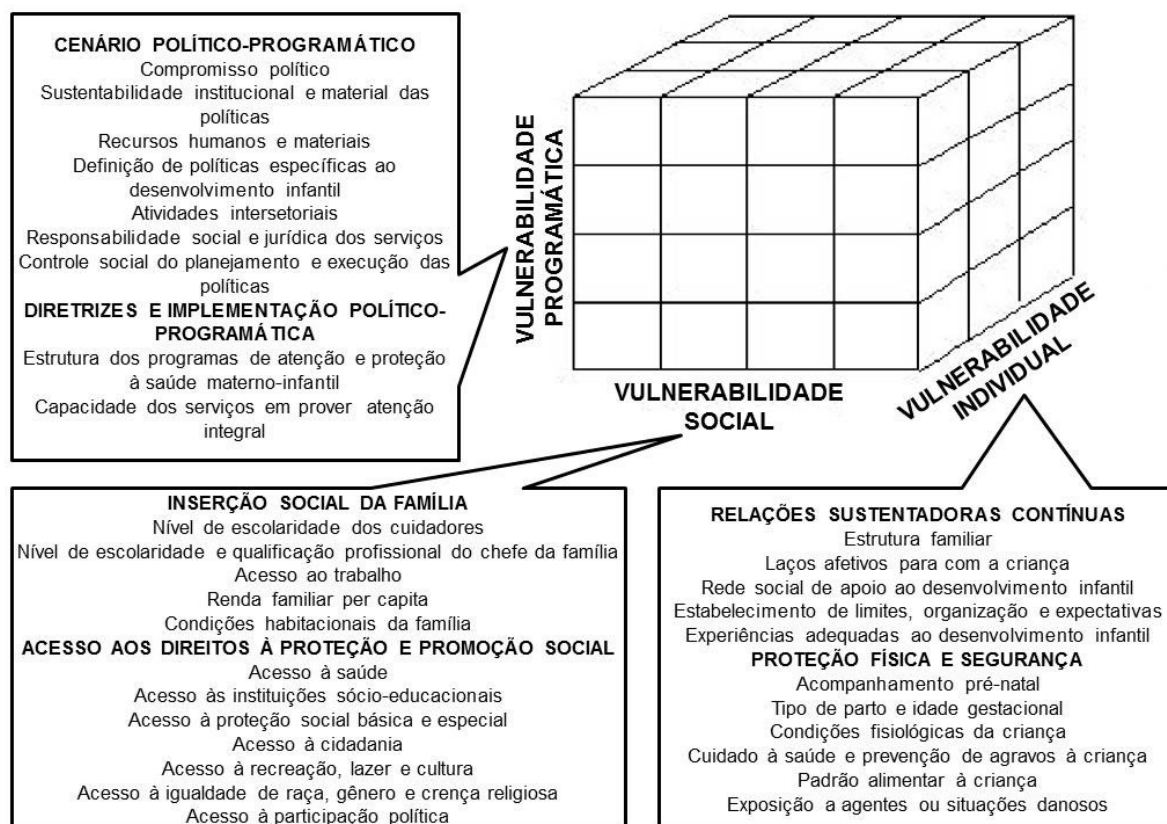
Segundo os autores, vulnerabilidade no desenvolvimento infantil pode ser conceituada pela chance ou a oportunidade de a criança vir a sofrer prejuízos em seu desenvolvimento, a partir da influência de aspectos de ordem individual, social e programática, conforme figura um. Compreender a vulnerabilidade permite reconhecer as necessidades de saúde e propor intervenções específicas de acordo com a realidade. (NICHATA; BERTOLOZZI; TAKAHASHI, 2008; SILVA et al., 2013).

A **vulnerabilidade individual** para o desenvolvimento infantil pode ser influenciada pelos relacionamentos sustentadores contínuos que “representam relacionamentos que permitem à criança desenvolver um senso de confiança em si e em seu ambiente, aprender a conviver socialmente, desenvolver empatia pelo próximo em sua individualidade”, e pela proteção física e segurança que representam situações de “perigo [...] devido a não garantia de condições favoráveis à manutenção da integridade física e fisiológica”. (SILVA et al., 2013, p. 1399).

A **Vulnerabilidade Social** pode ser definida pela inserção social da família, a qual é caracterizada pelas condições socioeconômicas, educacionais, e a posição da família na produção e reprodução social. Tais fatores determinam suas possibilidades materiais de subsistência, sua autonomia e capacidade decisória e no suprimento das necessidades essenciais da criança; igualmente, influenciam o acesso aos direitos à proteção e promoção social que “representam o alcance dos cidadãos a recursos que influenciarão sua tomada de decisões, suas possibilidades de enfrentar barreiras socioculturais e de possuir condições de cuidar de sua saúde”. (SILVA et al., 2013, p. 1400).

A **Vulnerabilidade Programática** descreve-se pelo Cenário Político-Programático que “pode ser definido como o compromisso político dos governos em estabelecer programas de proteção e promoção do bem-estar infantil que contribuem para diminuir as mortes infantis e dirimir as desigualdades” e pelas Diretrizes e Implementação Político-Programáticas, “que constituem a forma como os serviços de atenção à criança desenvolvem seu processo de trabalho e o seu modelo assistencial no provimento de suas necessidades”. (SILVA et al., 2013, p. 1401).

FIGURA 1 – MATRIZ ANALÍTICA DA VULNERABILIDADE DA CRIANÇA DIANTE DE SITUAÇÕES ADVERSAS EM SEU DESENVOLVIMENTO



FONTE: SILVA et al. (2013).

Assim, a partir deste estudo sobre vulnerabilidade para o desenvolvimento infantil, e estabelecendo possibilidades de se trabalhar o conceito para agravos em crianças, esta pesquisa buscará conhecer, mediante a análise dos dados empíricos e da heurística do conhecimento encontrado, os elementos de vulnerabilidade da criança para agravos nutricionais.

2.5 ELEMENTOS DE VULNERABILIDADE PARA AGRAVOS NUTRICIONAIS EM MENORES DE DOIS ANOS, SEGUNDO A LITERATURA CIENTÍFICA:

Neste capítulo serão apresentados resultados de uma revisão integrativa da literatura para maior amplitude deste referencial teórico e a articulação com o tema. Dessa forma, foram elencados os condicionantes a agravos nutricionais em menores de dois anos na perspectiva da vulnerabilidade que possibilitou compreender a

gênese dos elementos de vulnerabilidade para agravos nutricionais em menores de dois anos.

A busca foi realizada durante o mês de janeiro de 2015 nas bases de dados: LILACS/SCIELO, MEDLINE/PUBMED e Web of Science. Os descritores analisados foram: Nutrição do lactente; Transtornos nutricionais do lactente; Vulnerabilidade em saúde. A amostra final foi de 29 artigos selecionados a partir da leitura na íntegra dos estudos à luz da concepção de vulnerabilidade de Ayres. Assim, pode-se constatar que predominaram pesquisas clínicas, em inglês e escritas por médicos, as quais consideraram como condicionantes situações envolvendo profissionais, mães, questões sociais, ambientais, econômicas e políticas.

Observa-se que a qualidade de vida dos indivíduos não é decorrente apenas de escolhas ou atitudes individuais, mas que tem interferências das políticas públicas e situações do contexto social. Uma família que possui boas condições financeiras poderá garantir para seus membros uma alimentação adequada, acesso à educação, disponibilidade de lazer e também acesso aos serviços de saúde de boa qualidade. (PEDROSO; MOTTA, 2010).

Dessa forma, por vezes, o conceito de vulnerabilidade para a criança é citado quando uma criança ou família está exposta a determinado risco, que poderá agravar seu bem-estar. Situações de instabilidade presentes no cotidiano, como por exemplo, a falta de emprego e renda fixa, podem causar carências na família, interferindo no desenvolvimento da criança e, muitas vezes, não propiciando a ela um bom tratamento de saúde, em casos de situações especiais como exigiria o surgimento de alguma a doença. (PEDROSO; MOTTA, 2010).

É importante enfatizar que a vulnerabilidade individual, social ou programática não ocorre apenas com as famílias e nações com baixas condições socioeconômicas, mas em todos os contextos, e pode auxiliar na compreensão da ocorrência dos problemas de saúde e de outras situações que interferem no desenvolvimento saudável do grupo familiar e comunitário. (PRATI; COUTO; KOLLER, 2009).

É importante enfatizar que a vulnerabilidade individual, social ou programática não ocorre apenas com as famílias e nações com baixas condições socioeconômicas, mas em todos os contextos, e pode auxiliar na compreensão da ocorrência dos problemas de saúde e de outras situações que interferem no desenvolvimento saudável do grupo familiar e comunitário. (PRATI; COUTO; KOLLER, 2009).

Dessa forma, quando os profissionais de saúde têm conhecimento contextual sobre a família e, portanto, propiciam a identificação ampla dos fatores de vulnerabilidade a que determinada criança e família estão expostas, eles podem planejar um cuidado integral e, assim, propiciar para esta família o apoio de redes sociais, tanto a nível hospitalar quanto a nível domiciliar. Além disso, essa família poderá mudar sua forma de cuidado em relação à criança, oferecendo a ela um cuidado mais qualificado, pois tem o apoio dos profissionais. Com isso, os profissionais também terão bons resultados pelas ações realizadas. (PEDROSO; MOTTA, 2010; SILVA et al., 2013).

Na dimensão **Individual**, entre outros elementos, as doenças maternas e da criança são consideradas elementos de vulnerabilidade mais frequentes e importantes, uma vez que impactam diretamente no crescimento e desenvolvimento da criança. (AYRES et al., 2006; SILVA et al., 2013).

Observou-se, nos estudos, que as inadequações alimentares maternas – como as anemias durante a gestação – prejudicam o feto de maneira multicausal, uma vez que acarreta na não transferência de nutrientes para o feto, o que predispõe ao parto prematuro e às consequências danosas na formação do sistema nervoso central e imunitário da criança, trazendo dificuldades no período de lactação e levando ao desmame precoce. (ADAIR et al., 2012; SHAKUR et al., 2010).

O Diabetes Mellitus e a deficiência de vitamina A durante a gestação também podem desencadear comprometimento do feto, tornando-o mais vulnerável aos distúrbios nutricionais, motores e à cegueira. (LIRA; DIMENSTEIN, 2010). Outro aspecto importante destacado nos artigos é a dependência ao álcool, uma vez que expõe o feto ao efeito químico, diminuindo a capacidade da resposta hormonal do processo de maturação, o que prejudica o calendário do desenvolvimento púbere. (CARTER et al., 2013).

Outro elemento de vulnerabilidade é a ausência do aleitamento materno nas crianças cujas mães são portadoras de HIV, pois são adotadas medidas profiláticas preventivas e inibidoras da lactação, o que impede que o lactente se beneficie das vantagens do aleitamento, expondo a criança a fórmulas artificiais desde o nascimento. (SCATTOLIN; JARDIM, 2012).

Uma pesquisa constatou que os substitutos do leite materno possuem similaridade, porém não substituem e não complementam os nutrientes necessários à síntese imunológica do recém-nato. Nestes casos, a opção segura seria o acesso

destes aos Bancos de Leite Humano (BLH), ainda nas primeiras horas pós-parto. (DOMENE; MEDEIROS; MARTINS, 2011).

Atualmente esta ação é medida emergencial e especialmente para a pequena parcela das crianças hospitalizadas em condições graves de saúde, o que diminui as chances da ocorrência de agravos nutricionais decorrentes da ausência de aleitamento materno e recupera o EN destes. O não acesso aos BLH possui vários fatores condicionantes, entre estes a ausência de doações, a fragilidade dos postos de coleta de LM e a inexistência de políticas efetivas de sensibilizadoras para que a puérpera efetive a doação. (DOMENE; MEDEIROS; MARTINS, 2011).

A esta perspectiva estão relacionados os aspectos do cuidado e também da condição imunitária da criança à doenças do trato bronco pulmonar na infância, sobretudo no recém-nascido prematuro de baixo peso, ocorrência que pode estar relacionada a *déficits* nutricionais na infância. (WEMHONER et al., 2011).

Desta forma, ocorrências na saúde com consequente internação hospitalar pode se configurar em elemento de vulnerabilidade a agravos nutricionais, sobremaneira nas crianças nascidas pré-termo e com baixo peso. (MELLO et al., 2013). Tal situação mostra a importância da adequada nutrição e o aspecto global da saúde da criança, desde a concepção até o nascimento, bem como a relação deste com o pré-natal e com a condição nutricional materna. (BASSO; NEVES; SILVEIRA, 2012; MARQUES et al., 2013).

Assim, a suplementação e reposição de nutrientes para a gestante e recém-nato são incentivadas pelas políticas de saúde atuais em diversas nações do mundo. A suplementação nutricional é considerada medida emergencial para o combate a agravos nutricionais. A garantia compensatória dos suplementos alimentares atende de maneira pontual a ausência de nutrientes essenciais, já que não substituem os benefícios de uma alimentação adequada. (MELLO et al., 2013).

A desnutrição é um elemento de vulnerabilidade para agravos nutricionais de importante reconhecimento e controle; principalmente, quando esta condição ocorre no primeiro ano de vida. Afinal, a desnutrição está associada à prevalência de distúrbios cognitivos e comportamentais e prejudica a saúde emocional na infância e na fase adulta. Portanto, são necessárias medidas de prevenção a este distúrbio, já que impacta no potencial biológico e ambiental como um todo e corrobora negativamente para o desenvolvimento de nações equânimes. (GALLER, 2012).

Na dimensão da **vulnerabilidade social** está demonstrado o tipo de trabalho materno, o qual é considerado elemento de vulnerabilidade, sobretudo se este estiver relacionado a longos períodos de ausência da mãe e distanciamento do binômio mãe e filho. As trabalhadoras do sexo convivem com o risco maior de contrair HIV, portanto, uma vez que a saúde da mulher em idade fértil é determinante para o saudável período gravídico e influencia na saúde da criança como um todo, é necessário promover ações que auxiliem na mudança de comportamento dessas mulheres quanto ao uso consciente do preservativo. (REED et al., 2013). Isto demonstra os diversos papéis femininos na sociedade e a relação desta na inserção social da família, o que configura como elemento de vulnerabilidade para agravos nutricionais em menores de dois anos.

Um estudo traz o impacto na saúde e nutrição da criança decorrente da detenção judicial da mãe, condição que prejudica ou exclui a possibilidade do ato de amamentar, situação esta que interfere negativamente na saúde da criança. (DALMÁCIO; CRUZ; CAVALCANTE, 2014). Por isso, é importante que nos espaços de discussões no âmbito da gestão de complexos prisionais esta condição seja mencionada, para que haja defesa deste direito nos preâmbulos das políticas sociais e que estas tenham base nos benefícios do aleitamento materno para a saúde da criança preferencialmente até dois anos de idade, já que o aleitamento materno se caracteriza como ação primordial e eficaz ao adequado desenvolvimento infantil. (DALMÁCIO; CRUZ; CAVALCANTE, 2014).

Assim como a ausência de aleitamento materno, a introdução inadequada de alimentos sólidos e pobres em nutrientes na fase de transição alimentar acarreta em *déficits* no desenvolvimento das crianças. Neste sentido, variáveis biológicas, sociais e ambientais devem ser consideradas como elementos de vulnerabilidade e analisadas em conjunto, pois permitem auxiliar no entendimento e na avaliação do desenvolvimento escolar dos prematuros. Portanto, práticas educativas podem contribuir na promoção do desenvolvimento infantil. (SAWADOGO et al., 2010).

Contudo, a influência intergeracional de hábitos alimentares e cuidados inadequados com a saúde podem ser reconhecidos como elementos de vulnerabilidade, pois o investimento na saúde das mães é considerado um fator protetor para a saúde das futuras gerações, isto inclui o monitoramento das variáveis como altura, índice de massa corporal e presença de anemia nas mães e mulheres em idade fértil. (BHALOTRA; RAWLINGS, 2011).

O ambiente desfavorável na qualidade do espaço doméstico devido à falta de condições adequadas aos cuidados com a saúde pode oferecer insegurança alimentar associada ao baixo nível de escolaridade das gestantes, o que predispõe a agravos nutricionais do feto e, por conseguinte, na criança e na mulher no pós-parto. (FORMIGA et al., 2013).

Variáveis como cultura e condições socioeconômicas influenciam o ambiente familiar, refletindo o acesso a alimentos e serviço de saúde. Isto certamente prejudica o cuidado infantil e posterior desenvolvimento sensório-motor da criança, em especial, pré-termo e com baixo peso ao nascer. (GOUDET, 2013).

Nesta perspectiva, ambientes inoportunos ou não protetores se configuram como elemento de vulnerabilidade, uma vez que hábitos alimentares, mensurações antropométricas e testes bioquímicos das crianças e família evidenciam inadequadas práticas de alimentação de lactantes e crianças, indicando subnutrição e consequentes deficiências nutricionais. (GHOSH-JERATH et al., 2013).

Elementos de vulnerabilidade na dimensão social que corroboram para os agravos nutricionais também estão relacionados à presença da mídia de alimentos e a influência desta no ambiente social e na escolha da alimentação. Afinal, a adesão da família a estes apelos comerciais pode promover fortemente o acesso aos alimentos industrializados inadequados para idade, contrapondo-se à prática do aleitamento materno exclusivo. (DANTAS, 2010).

Relacionado à dimensão de **vulnerabilidade programática** estão dispostas as ações relativas ao processo de trabalho dos profissionais responsáveis pela destinação e distribuição de alimentos, sobretudo quando estes alimentos são destinados para menores de dois anos que estejam submetidos a situações de emergência, desde a introdução da alimentação complementar até o uso universal de fórmulas artificiais que comprometam o aleitamento materno. Nesta perspectiva, Gribble traz, em seu estudo de 2011, que as informações acumuladas e repassadas a estes profissionais devem ser amplas em termos de quantidade e qualidade com relação ao tipo de alimento consumido, e as características culturais relativas à alimentação desta população devem ser reconhecidas. (GRIBBLE; BERRY, 2011).

Transformações econômicas advindas de guerras e a influência sobre o estado nutricional de crianças são elencadas como elementos de vulnerabilidade programática, já que prejuízos no desenvolvimento de menores de dois anos podem ocorrer pela restrição de alimentos não saudáveis e em situações críticas de acesso

a alimentos. Esta condição demonstra que há necessidade das iniciativas de cunho político e emergencial criadas por países em situação de guerra ou crise econômica como ação protetora a agravos de saúde das nações. Neste contexto, são situações de emergência: as guerras, conflitos e catástrofes que prejudiquem o acesso a alimentos adequados para determinada população. Tais iniciativas devem estar contidas em agendas mínimas de prevenção de agravos nutricionais em crianças por todo o mundo. (VITOLLO et al., 2012; CHEN et al., 2011).

Rodrigues, em 2011, aponta em seu estudo que orientações dietéticas prescritas por profissionais de saúde caracterizam a ausência de capacitação e reorientação de práticas ao cuidado nutricional. Neste aspecto, é fundamental o olhar do profissional para a prevenção dos agravos nutricionais e, da mesma forma, o reconhecimento da promoção da saúde na agenda mínima de ações nas mais diversas fases da vida humana; sobretudo na introdução de novos alimentos. (RODRIGUES et al., 2011).

As fórmulas infantis podem ser consideradas elemento de vulnerabilidade pois além de artificiais e não compatíveis com a qualidade do leite materno, podem conter metais pesados como o alumínio, o que expõe a criança à toxidade e, posteriormente, a transtornos neuropsíquicos. Portanto, o controle e a avaliação periódica da qualidade e segurança alimentar de fórmulas infantis podem garantir a redução dessas ocorrências para aquelas crianças que impreterivelmente necessitem da utilização da fórmula infantil artificial. (BURRELL; EXLEY, 2010).

Assim, a ausência de políticas de atenção preventivas a possíveis agravos nutricionais para menores de dois anos traz situações adversas à saúde global infantil pelo desmame precoce, já que a amamentação até seis meses de idade reduz o risco do consumo de gorduras e açúcares e, conseqüentemente, o sobrepeso e a obesidade na fase adulta. (BURRELL; EXLEY, 2010; MÂCEDO et al., 2010).

Esta problemática é observada por Macedo e colaboradores em seu estudo de 2010, o qual traz a ineficácia das políticas de atenção à suplementação de microelementos, como o cobre, o zinco e o magnésio sobretudo em grupos populacionais de gestantes e crianças vulneráveis, como imunodeprimidas, e em populações com altos índices epidemiológicos de desnutrição. Medidas profiláticas são consideradas protetoras de desordens no sistema imune, sendo fator de subdesenvolvimento econômico. (MACÊDO et al., 2010).

Há ainda a discussão sobre a responsabilidade pelo cuidado nutricional e também a decisão singular do cuidador acerca da escolha de alimentos nos primeiros dois anos de vida da criança. Cabe ao profissional reconhecer a fisiologia da digestão, absorção e metabolismo dos nutrientes e, a partir destes, indicar, propor e transmitir as recomendações necessárias ao estabelecimento e recuperação do estado nutricional de menores de dois anos. (HORODYNSKI et al., 2011).

Entre os elementos que tangenciam os agravos nutricionais na dimensão programática, destaca-se a ausência de cobertura de assistência dietoterápica dos planos de saúde para a recuperação do estado nutricional de crianças com doença bronco pulmonar inflamatória, condição de natureza crônica e com presença de sintomas clínicos estressores hipercatabólicos prejudiciais ao desenvolvimento físico, social e cognitivo infantil que alerta para a necessidade de adequada nutrição com vistas à manutenção e recuperação do peso. (RUFO et al., 2012).

Como elemento de vulnerabilidade salienta-se, ainda, a necessidade de reconhecimento de aspectos multifatoriais no cuidado do parto. Neste contexto, estão em discussão medidas preventivas que garantam o cuidado de saúde perinatal e a qualidade do serviço oferecido pelas parteiras no pré-parto, parto e pós-parto. Estes aspectos demonstram que percepções maternas sobre o parto, seja pela experiência positiva e/ou negativa e suas diversas particularidades, traz influência na prática do aleitamento materno e cuidado à criança, reforçando assim a importância do papel da mulher, que é a mãe, no período perinatal. Como fator protetor, as parteiras devem incluir nas suas orientações o aspecto nutricional, tanto para a mãe quanto para as famílias. (AYERLE; MAKOWSKY; SCUCKING, 2012).

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa visa à análise e interpretação de aspectos que envolvem a complexidade do comportamento humano de forma contextualizada, utilizando a coleta e análise de dados detalhada sobre investigações, hábitos, atitudes, tendências de comportamento, entre outros. (MARCONI; LAKATOS, 2010).

Na pesquisa qualitativa, a fonte direta de dados deve decorrer em um ambiente natural, os dados coletados descritos, e sua análise sistematizada, sem descartar o componente intuitivo. O foco não está somente nos resultados e no produto, mas em todo o processo cuidadosamente desenvolvido, obtendo, assim, o significado do objeto de pesquisa estudado. (MARCONI; LAKATOS, 2010).

A pesquisa descritiva tem como objetivo relatar as características de uma população específica, podendo caracterizar um grupo. Pode, ainda, ter a finalidade de identificar as relações entre as variáveis. É possível afirmar também que ela inclui o grupo que busca levantar opiniões, atitudes, crenças e pode se aproximar da pesquisa exploratória ou explicativa, dependendo do foco que se dá. (MARCONI; LAKATOS, 2010).

3.2 CENÁRIO DA PESQUISA

O cenário de estudo é o município de Curitiba, capital do estado do Paraná, que possui extensão territorial de 435, 495 km². Em 2015 a população geral do município apresenta-se estimada em 1.879.355 habitantes, com um quantitativo populacional de crianças menores de dois anos, estimado em cerca de 21.300. (INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL, 2012).

Curitiba possui características de um centro industrial, com a predominância da indústria de transformação e do setor de serviços, com população economicamente ativa em 2014 de 828.717 habitantes. O índice de Desenvolvimento Humano (IDH-M) de Curitiba de 0,823, com renda média R\$ 1.126,00, sendo a renda dos homens (R\$

1.311,00), e das mulheres (R\$ 900,00), em 2014. (INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL, 2012).

Em relação a organização do sistema público de saúde, o município encontra-se dividido em nove Distritos Sanitários: (DSS) Boa Vista (DSBV), Bairro Novo (DSBN, Boqueirão (DSBQ), Cajuru (DSCJ), CIC (DSCIC), Portão (DSPO), Matriz (DSMZ), Pinheirinho (DSPN), e Santa Felicidade (DSSF) (CURITIBA, 2010). Neste último ano foi inaugurado o décimo Distrito Sanitário o Tatuquara (DSST).

A organização dos equipamentos de saúde apresenta-se da seguinte forma: oito Centros Municipais de Urgências Médicas, 115 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo quatro Unidades de Saúde da Família e 100 com Clínica Odontológica, 10 Centros de Especialidades, sete Centros de Atenção Psicossocial, um Hospital Municipal, um Laboratório Municipal, dois Centros de Especialidades Odontológicas e um Laboratório de Prótese Dentária. (CURITIBA, 2010; INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL, 2012).

A Secretaria Municipal de Saúde responsável pela gestão do serviço de saúde conta com uma Divisão da Atenção Primária à Saúde (DAPS) com cinco coordenações:

- a) **Coordenação de Acesso e Vínculo:** com a responsabilidade de desenvolver ações e ampliação a ESF, o acesso da população às US e a educação permanente relacionada ao processo de trabalho para ampliação do acesso e vínculo;
- b) **Coordenação de Carteira de Serviços:** monitoramento dos serviços oferecidos na Atenção Primária, com a responsabilidade de avaliar a necessidade de capacitação e equipamentos/tecnologias a fim de aumentar a oferta dos serviços;
- c) **Coordenação do Cuidado:** entre as atribuições estão a de avaliar a necessidade de serviços secundários e terciários, monitoramento de encaminhamentos e solicitações de exames, ações relacionadas ao NASF, avaliação e controle de grupos especiais, entre outras;
- d) **Coordenação de Apoio, Logística, Estrutura e Recursos Humanos das Unidades Básicas de Saúde:** responsável pelo monitoramento da situação da estrutura física das US, monitoramento de estoques de insumos, medicamentos e materiais, ações que melhorem a ambiência e de dimensionamento de pessoal;
- e) **Coordenação Informação, Avaliação e Estímulo para Qualidade:** é responsável pela criação, seleção, pactuação, monitoramento de indicadores do processo de trabalho, acompanhamento dos repasses financeiros às equipes. (CURITIBA, 2014b).

Dessa forma, a Coordenação do Cuidado compreende, entre outras funções, as relativas à organização, ampliação e planejamento do Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Tais núcleos apoiam as ações da (ESF). Estes Núcleos atualmente contam com a atuação de cinco profissionais: nutricionistas, profissionais de educação física, fisioterapeutas, psicólogos e farmacêuticos. (CURITIBA, 2014b).

A seguir estão descritos a organização do serviço de saúde relacionados à nutrição, saúde e proteção da criança:

-Programa de Aleitamento Materno – PROAMA: apoia, incentiva e promove o aleitamento materno no município de Curitiba.

-Programa Mama Nenê nos Centros Municipais de Educação Infantil de Curitiba: incentiva continuidade do aleitamento materno ao disponibilizar espaço para amamentação e armazenamento de leite materno para ser oferecido às crianças na ausência de suas mães.

-Coleta de leite humano: efetivo nas UMS Mãe Curitibana, UMS Taiz Viviane Machado, UMS Vila Leonice, UMS Irmã Tereza Araújo, UMS Eucaliptos, UMS Solitude, UMS Umbará.

-Elaboração e distribuição de Cartilha sobre Alimentação Infantil.

-Capacitações sobre Saúde da Criança para profissionais de saúde.

-Contratação de 22 nutricionistas na SMS em 2009, ampliando o quadro para 44.

-Programa Leite das Crianças que atende crianças de 6 a 36 meses com fornecimento de leite enriquecido com Ferro.

-Criação de 29 Núcleos de Apoio em Atenção Primária à Saúde (NAAPS) no início de 2009: compostos por nutricionistas, farmacêuticos, fisioterapeutas, psicólogos e profissionais de educação física. Os NAAPS foram moldados no modelo de integralidade da atenção primária à saúde, sendo a promoção à saúde a norteadora das ações do Município.

-Programa Mãe Curitibana, que busca melhorar a qualidade do pré-natal, aumentando a qualidade e segurança do atendimento às gestantes e às crianças na rede municipal de saúde, garantindo à gestante a realização de todos os exames de pré-natal, assim como conhecer a maternidade onde será realizado o seu parto.

-Programa Nascer em Curitiba, que objetiva monitorar as crianças com risco ao nascer e risco evolutivo, focando as ações como atendimento prioritário nas Unidades Básicas de Saúde e visitas domiciliares, nas quais a equipe pode orientar a família quanto aos cuidados, vacinas e aleitamento materno.

-Programa de Combate às Carências Nutricionais, que busca, por meio de um sistema informatizado, coletar, processar e analisar continuamente os dados de recém-nascidos, crianças menores de 5 anos, escolares, gestantes, adultos e idosos. Permite a caracterização de grupos de risco e subsidiar a formulação de políticas, programas e intervenções. É desenvolvido nas Unidades Básicas de Saúde, escolas da rede pública de ensino e maternidades no Município.

-Programa de Suplementação Nutricional, que busca combater a desnutrição em crianças menores de dois anos de idade, com a distribuição mensal de fórmula e leite enriquecido para 1.100 crianças usuárias de Rede Municipal de Saúde

-Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco, composta por entidades dos diversos setores que atendem crianças, objetiva reduzir o problema da violência intrafamiliar, intervir em situações geradoras de conflitos e maus tratos, oferecer atendimento às famílias, tanto para agressores quanto para agredidos e, sobretudo, conhecer o problema e construir maneiras de enfrentamento.

-Acolhimento Solidário, que se refere à reorganização do processo de trabalho e à transformação das práticas dos profissionais de saúde pela abertura dos serviços de saúde para a demanda, pela humanização do atendimento e pela busca da satisfação do usuário.

-Programa Bolsa Família, originário do Governo Federal, objetiva garantir o sustento material de famílias carentes. As crianças são acompanhadas semestralmente nas unidades de saúde, devem ser frequentes na escola e seus familiares são incentivados a participar de cursos formadores para

geração de renda. Em Curitiba, os Liceus de Ofício são espaços para essas oficinas formadoras.

-Programa Família Curitibaana, que busca atuar por meio de ações intersetoriais entre Assistência Social, Educação, Saúde, Segurança Alimentar e Nutricional, Meio Ambiente e Educação Ambiental, Habitação e Desenvolvimento Comunitário de órgãos públicos municipais e parceiros não governamentais. Tem o objetivo de intervir na realidade de 7000 famílias que se encontram em situação de vulnerabilidade social e promover emancipação e sustentabilidade.

-Programas de proteção básica à família, desenvolvidos pelos Centros de Referência em Assistência Social (CRAS), promovem o cadastro das famílias em situação de vulnerabilidade social e buscam garantir a essas o acesso aos programas de transferência de renda e de desenvolvimento de sua autonomia.

-Programas de proteção especial à família, realizados pelos Centros de Referência Especializados em Assistência Social (CREAS), e de outras unidades de Proteção Social Especial, como o Centro Pop Resgate Social e o Centro de Convivência Criança Quer Futuro. Objetivam assegurar atendimento social de abordagem e busca ativa, identificar a ocorrência de trabalho infantil, exploração sexual de crianças e adolescentes, pessoas em situação de rua e outras situações de risco e violações dos direitos. (CURITIBA, 2012, não p.)

3.2.1 Perfil de saúde

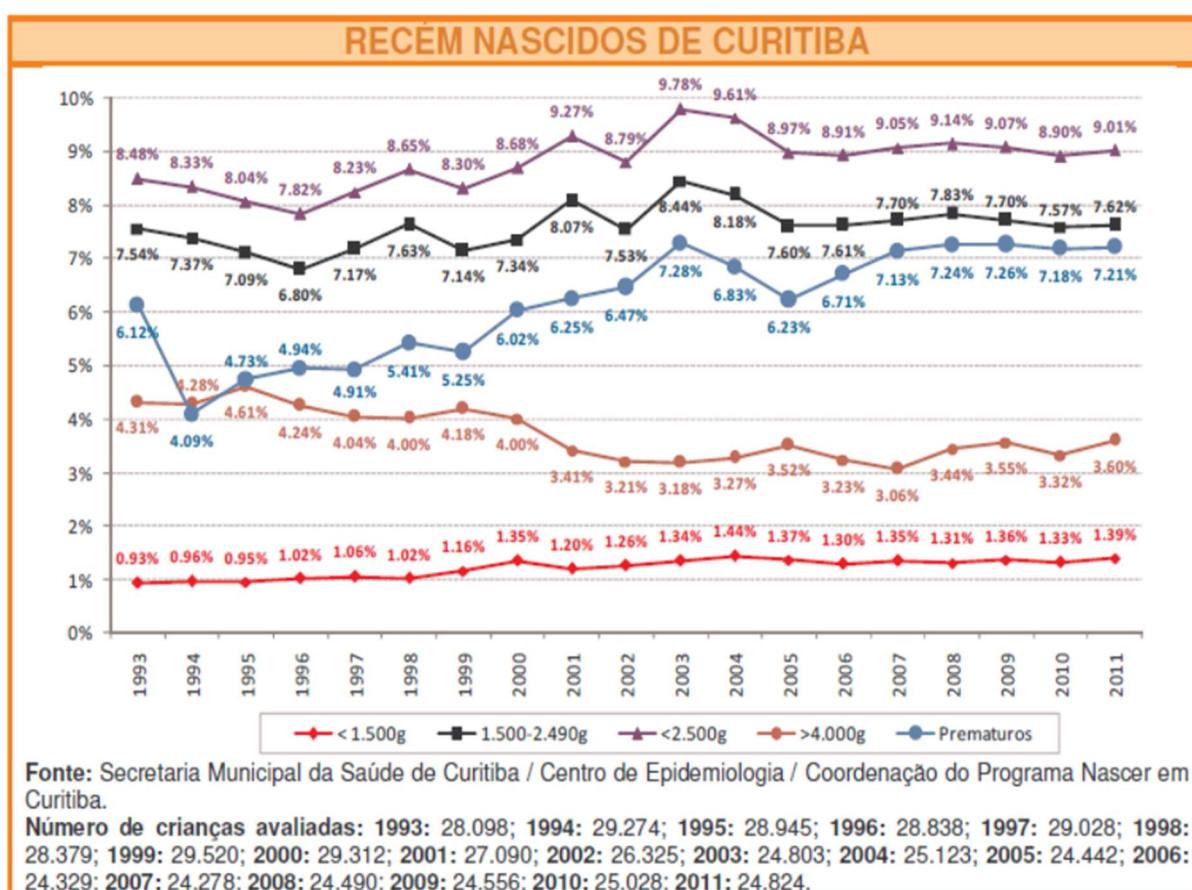
Em Curitiba, a taxa de natalidade alcançou 13,48/1000 habitantes e a taxa total de fertilidade (TTF) foi de 1,48 filhos por mulher, segundo dados de 2013. (INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL, 2012). O resultado é comparável à média europeia, onde as taxas situam-se abaixo de 1,5 e refletem a tendência de queda demográfica experimentada nos países com melhores condições socioeconômicas. (INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL, 2012).

Com relação ao coeficiente total de mortalidade infantil – um importante indicador social e de saúde pública – Curitiba apresentou queda em seus valores relativa a 80% no período dos últimos 35 anos, passando de 47,32/1000 nascidos vivos em 1979, para 8,82/1000 nascidos vivos em 2013. (CURITIBA, 2014b). Este índice possui queda mais acentuada na mortalidade pós-neonatal que estima o risco de óbito entre 28 dias de vida até antes de completar um ano, ou seja, obteve uma redução de 91,1% na população referida e na mortalidade neonatal, cuja estimativa compreende o risco de óbito nos primeiros 27 dias vida, a queda foi de 58,2%. (INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL, 2012).

Ainda com relação à mortalidade infantil os últimos dados oficiais que são de 2011 mostraram uma redução do seu percentual para os grupos das doenças do aparelho respiratório (85,1%), doenças infecciosas e parasitárias (95,8%), das afecções do período perinatal (41,2 %) e no grupo das causas externas (62,5%), havendo, entretanto, estabilização do grupo de malformações congênitas. (CURITIBA, 2011b).

A mortalidade infantil apresenta uma relação direta com a presença de baixo peso ao nascer (BPN). Em Curitiba, a proporção de (BPN) apresentou tendência ascendente desde 1993 até 2003 (maior taxa registrada de 9,78%), recuando nos dois anos seguintes para um patamar de 9,0%. Desde então o indicador vem mantendo uma estabilidade nos últimos cinco anos (2005-2010) conforme demonstra a figura 2.

FIGURA 2 - SISTEMATIZAÇÃO EM SÉRIE HISTÓRICA DA INCIDÊNCIA DE BAIXO PESO AO NASCER EM CURITIBA - PR DE 2001 A 2011:



Fonte: CURITIBA (2011a).

As informações supramencionadas, obtidas mediante dados do ²Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) tem uma importância especial na análise de vulnerabilidade.

A seguir são apresentados os dados do estado nutricional de menores de dois anos de Curitiba (segundo o índice do Peso por Idade (P/I)) juntamente com os dados produzidos nas esferas nacional, regional e estadual.

TABELA 1- DISTRIBUIÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL MENORES DE DOIS ANOS DE 2014, EM NÚMEROS ABSOLUTOS E PERCENTUAIS. CURITIBA/PARANÁ/BRASIL - 2014

Abrangência	ÍNDICE DE PESO/ IDADE						
	TOTAL MBP	% MBP	TOTAL BP	% DE BP	TOTAL DE SB	% DE SP	TOTAL
Brasil	15.564	1,34%	28.043	2,41%	138.629	11,43%	1.161.88
Região Sul	2.205	1,22%	3.921	2,17%	17.075	9,43%	18.978
Paraná	954	1,1%	1.813	2,09%	8.355	9,54%	86.558
Curitiba	2.315	1,62%	5.554	3,88%	4.049	2,83%	14.3265

Fonte: CURITIBA (2014a).

Os dados da tabela um mostram informações sobre o perfil nutricional dos menores de dois anos que demandam o serviço de saúde de Curitiba. Observa-se que apresentam percentuais relacionados a presença de Muito Baixo Peso (MBP) superiores aos valores apresentados pelo nível Nacional Regional e Estadual. Destaca-se que o percentual de normalidade esperado para este índice seria 0,01%, assim, ressalta-se que todos os valores se encontram acima do esperado, mas que Curitiba apresenta o maior valor. A mesma tendência pode ser observada em relação aos percentuais de Baixo Peso (BP) apresentados em Curitiba, Paraná, Região Sul e Brasil. Em relação ao Sobrepeso (SP) chama a atenção que os percentuais

² O Sisvan corresponde a um sistema de informações que tem como objetivo principal promover o acompanhamento das condições nutricionais da população e dos processos que as influenciam. Dados básicos de antropometria, como peso e comprimento / estatura são utilizados para a composição de índices relacionados com idade e sexo e mediante a sua comparação ao padrão de referência da Organização Mundial de Saúde. (OMS, 2006). É possível realizar o monitoramento do estado nutricional da população em suas diferentes faixas etárias. (BRASIL, 2011). *Em Curitiba as medidas antropométricas das crianças são captadas em cada atendimento nas Unidades de Saúde com aferição do peso e altura/comprimento. Desta forma são captados todos os primeiros atendimentos das crianças que demandam o serviço público de saúde do município que ocorrem no mês em curso. (CURITIBA, 2015). Assim é possível realizar a avaliação do estado nutricional da população infantil que utiliza os serviços públicos de saúde do município. (CURITIBA, 2011a, não p.).

apresentados em Curitiba se mostram inferiores aos demais valores encontrados nos três níveis.

Com objetivo de apresentar o perfil nutricional de crianças menores de dois anos do município, serão exibidos os dados referentes ao (P/I) por Distritos Sanitários de Saúde (DSS) de Curitiba.

TABELA 2- DISTRIBUIÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DE MENORES DE DOIS ANOS DE 2014, EM NÚMEROS ABSOLUTOS E PERCENTUAIS CURITIBA/PARANÁ/BRASIL- 2014

ÍNDICE DE PESO/ IDADE							
Abrangência	Total MBP	% MBP	Total BP	% de BP	Total de SP	% De SP	Total de crianças com inadequações nutricionais
Curitiba	2.315	1,62%	5.554	3,88%	4.049	2,83%	14.3265
DSS Bairro Novo	216	1,50%	608	4,22%	432	3,00%	14407
DSS Boqueirão	241	1,40%	632	3,67%	558	3,24%	17226
DSS Boa Vista	313	1,69%	731	3,95%	511	2,76%	18504
DSS Cidade Industrial	334	1,57%	754	3,55%	563	2,65%	21258
DSS Cajuru	356	1,87%	832	4,37%	513	2,69%	19044
DSS Matriz	54	1,23%	138	3,14%	74	1,68%	4400
DSS Pinheirinho	385	1,66%	872	3,76%	709	3,06%	23164
DSS Portão	202	1,39%	500	3,45%	447	3,08%	14508
DSS Santa Felicidade	214	1,99%	487	4,53%	242	2,25%	10754

Fonte: CURITIBA (2014a).

Com relação ao Muito Baixo Peso (MBP) e Baixo Peso (BP), os dados mostram que o (DSS) de Santa Felicidade é o que possui o maior índice de crianças nestas duas situações. Com relação ao Sobrepeso (SP), o (DSS) Matriz foi o que apresentou menores índices.

O Muito Baixo Peso (MBP) e o Baixo Peso (BP) são condições de saúde importantes que estão relacionadas às questões endógenas, como alterações extremas de peso com deficiências nutricionais na gestação, doença preexistente da criança e dificuldade alimentar dentre outras causas. Já as principais questões exógenas são expressas pela dificuldade de acesso e disponibilidade de alimentos adequados em qualidade e quantidade dentre outras causas. O Muito Baixo Peso (MBP) e o Baixo Peso (BP) ao nascer trazem ainda mais complicações à saúde da

criança, o que pode repercutir na saúde e qualidade de vida do indivíduo. (ADAIR et al., 2012; VICTORA, 2012).

A presença de índices de Muito Baixo Peso (MBP) e Baixo Peso (BP) em menores de 24 meses significa situações deletérias para a saúde da criança no presente e no futuro. (LE MOS, 2007; BISMARCK-NASR; FRUTUOSO; GAMABARDELLA, 2008; RIBEIRO et al., 2015). Assim, uma constante adequação precisa ser realizada nesse sentido. O desafio ainda é grande e deve envolver as três esferas governamentais (municipal, estadual e federal) da área da saúde, além de vários outros setores públicos, na constituição de amplas políticas intersetoriais que gerem melhoria nas condições de vida da população. (COELHO et al., 2015).

3.2.2 Alimentação e aleitamento materno em menores de dois anos em Curitiba

Dados da última década mostram que em Curitiba houve aumento da prevalência do (AM) com relação ao tempo de duração, segundo dados oriundos da última pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde (MS) em parceria com as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e Secretarias Municipais de Saúde (SMS). (CURITIBA, 2010).

De um modo geral, observa-se uma tendência de aumento na prevalência da amamentação nos primeiros seis meses de vida e também nos meses subsequentes. O aleitamento materno de zero a 180 dias aumentou de 81,8%, em 1999, para 86,0% em 2008, de 180 a 365 dias passou de 52,7%, em 1999, para 57,5% em 2008. (CURITIBA, 2011a).

Segundo o Boletim SISVAN de Curitiba, em 2010, houve aumento da prevalência da amamentação, se comparado ao período anterior, em ambos os recortes de faixa etária de 95,0% para menores de seis meses e 65,0% para maiores de seis meses. Quando comparados os dados das pesquisas de 1999, 2008 e 2011, observa-se melhora do perfil da amamentação das crianças curitibanas. (CURITIBA, 2010).

Nota-se aumento expressivo de (AME) e não-exclusivo nos primeiros seis meses de vida. No 6º mês de vida a maioria das crianças estava em aleitamento materno complementado. Para as crianças acima de seis meses de idade ocorreu uma tendência ascendente à amamentação, tanto do 7º ao 9º mês como do 10º ao 12º mês de vida (AMC). (CURITIBA, 2010).

Com relação às práticas alimentares e à alimentação complementar (AC), as informações oficiais foram coletadas por meio de recordatório de 24 horas em amostra representativa da população. Os resultados apontam que a introdução de alimentação complementar (AC) se inicia ao redor do 4º mês de vida, com prevalências em torno de 10% para os sucos naturais e frutas em pedaços ou amassadas, aumentando para 50% deste consumo já no 6º mês de vida; a introdução da ³comida de sal ocorre por volta do 6º mês. (CURITIBA, 2010).

Preocupa o fato de que a utilização de carne na comida de sal da criança só atinja 80% no 10º mês de vida. A ingestão de carne é importante na prevenção da anemia ferropriva em lactentes e deve ser iniciada nas primeiras refeições de sal da criança. (CURITIBA, 2010).

Esses resultados são considerados positivos, porém reforçam a importância de se permanecer intensificando as ações de proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno e hábitos alimentares saudáveis na infância. (CURITIBA, 2010).

3.3 COLETA DE DADOS

Utilizou-se duas técnicas de coleta de dados diferenciados e complementares: entrevista semiestruturada e grupo focal.

A entrevista é um procedimento em que o pesquisador busca informações contidas nas falas dos sujeitos pertinentes ao objeto de pesquisa. Pode ser individual ou coletiva e fornece dados objetivos e subjetivos. Caracterizada pela comunicação verbal, reforça a importância da linguagem do significado da fala como reveladora dos códigos e sistemas contraditórios e tem possibilidade de imprimir representações de grupos determinados por condições socioeconômicas e culturais. (MINAYO, 2010). Esta técnica valoriza a presença do pesquisador e possibilita espaço de liberdade e espontaneidade necessárias ao informante, o que enriquece a investigação. (TRIVIÑOS, 2006; MINAYO, 2010).

O roteiro de entrevista semiestruturada conteve código de identificação com data e nome do (DSS) e (US) e foi composto por seis questões abertas com base na

³ **Comida de sal:** refere-se à refeição de sal com consistência líquida (sopa) ou pastosa (papa), que contém pedaços inteiros de alimentos e se assemelha à comida dos adultos, ou a mesma comida oferecida ao restante da família; comida industrializada (de potinho). (CURITIBA, 2010, não p.).

pergunta norteadora e nos objetivos da pesquisa. Todas as entrevistas foram feitas pela pesquisadora. As entrevistas foram gravadas, com duração média de 1 hora e 15 minutos, em locais com acústica apropriada e em datas e horários organizados de acordo com a disponibilidade do participante.

O grupo focal é embasado na ideia que o processo grupal apoia as pessoas a explorar e esclarecer seus pontos de vista, e que a produção de dados é mais profícua na interação do grupo, influenciado pela perspectiva hermenêutica. Esta é uma técnica valiosa, que permite abordar questões de saúde na dimensão subjetiva e enseja a compreensão das opiniões, crenças e valores de um grupo e auxilia na formulação de questões de pesquisa mais precisas ou complementando informações específicas. (LIAMPUTTONG; EZZY, 2006).

Para a realização do (GF) foi utilizado um guia temático com quatro questões. O instrumento de coleta de dados foi baseado nas questões que necessitavam de aprofundamento de acordo com a percepção da pesquisadora. O (GF) contou com quatro questões abertas descritas no Apêndice 3. O (GF) teve duração de 1 hora e 15 minutos. Uma hora de coleta de dados e 15 minutos de café e bate papo. As entrevistas e o grupo focal foram áudio-gravados e transcritos manualmente, concomitantes à coleta. As transcrições foram adaptadas para serem submetidas à ordenação de dados pelo *software* IRAMUTEQ.

Para organização e realização do (GF) foram percorridas as seguintes etapas: preparo da sala, acolhimento, identificação codificada dos participantes, presença de dois gravadores, adequação dos elementos sonoros do ambiente.

Durante o (GF): a coordenação apresentou-se e relatou o objetivo do projeto de pesquisa bem como do funcionamento do Guia Temático (GT), posteriormente solicitou os (TCLE) assinados. O observador 1: registrou as intercorrências em um bloco de notas e fez anotações sobre as falas durante a realização do (GF). O observador 2: zelou pelos gravadores e anotou as falas não verbais dos participantes.

Após o (GF): foram conferidos os gravadores, recolhidos os materiais e, por fim, foi encerrada a técnica com coffee break oferecido pela pesquisadora.

3.4 PARTICIPANTES

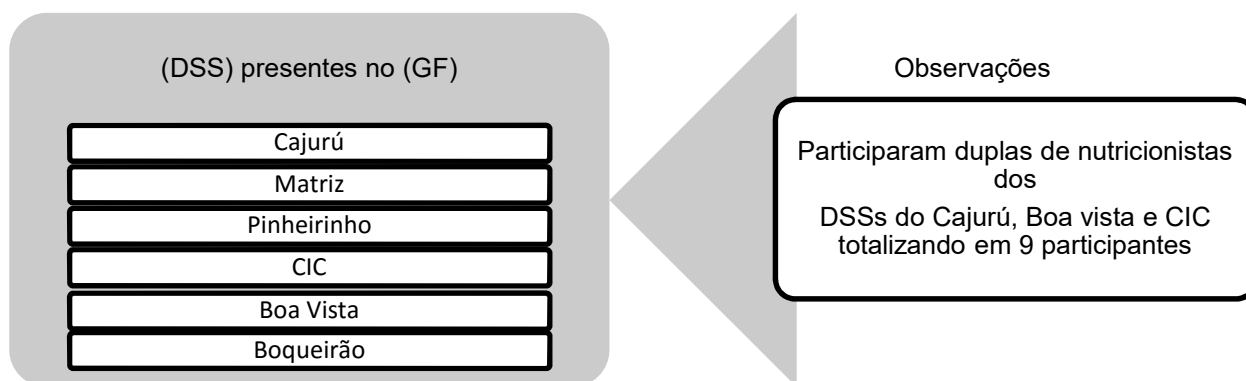
Compuseram a pesquisa os nutricionistas dos NASFs de Curitiba que no total somam 29 nutricionistas, destes, seis profissionais estavam afastadas por licença saúde e duas tiveram dificuldades em agendar horários para entrevista até a data limite para conclusão da coleta de dados. Portanto, a amostra foi composta por 21 participantes.

Os critérios de inclusão dos participantes foram: estar vinculado à equipe do (NASF), atuar no território adscrito das unidades de saúde e estar no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Os critérios de exclusão foram: estar afastado do trabalho por atestado médico ou licenças.

Na reunião mensal dos nutricionistas do município que compõem os NASFs, foi apresentado o presente projeto de pesquisa e, após esclarecimentos das dúvidas, foram convidados 100% dos nutricionistas para participarem deste estudo. Para tanto, foi realizada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o aceite mediante a assinatura do (TCLE). Nesta reunião foi definido, em concordância com os participantes, o calendário para a coleta de dados por Distrito Sanitário. Esta agenda foi encaminhada por *e-mail* a estes nutricionistas.

O (GF) foi composto por nove nutricionistas, sendo uma por distrito sanitário. Para esta escolha, foi realizado sorteio, buscando a representatividade de todos os distritos, porém a representatividade foi limitada, pois três participantes de diferentes distritos não compareceram. Como houve presença de mais representantes dos outros distritos, a quantidade de participante se manteve em nove. Conforme representado na Figura 5, participaram dois representantes dos (DSS) Cajuru, Boa Vista e (CIC) e um representante dos (DSS) Matriz, Pinheirinho e Boqueirão. O convite para participar do (GF) foi realizado mediante contato telefônico e *e-mail* com 20 dias de antecedência.

FIGURA 3 - FIGURA REPRESENTATIVA DO DIMENSIONAMENTO DA COLETA DE DADOS - GRUPO FOCAL



Fonte: A autora (2015).

3.5 ANÁLISE DE DADOS

a) Primeira fase de ordenamento de dados:

Ordenação de dados das entrevistas pelo *software IRAMUTEQ* (*Interface de R Pour Analyses Multidimens Ionnelles de Textes et de Questionnaires*).

Essa ferramenta de ordenamento de dados disponibilizada gratuitamente na internet (pelo endereço www.iramuteq.org), segue a perspectiva de fonte aberta de recursos tecnológicos para utilização universal. Este recurso de informática utiliza como base a estrutura do *software R* (www.r-project.org) para realização dos cálculos e linguagem Python (www.python.org). (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Este *software* é utilizado especialmente para auxiliar análises quantitativas dos dados textuais por meio do método de Classificação Hierárquica Descendente (CHD), baseado no algoritmo proposto para o *software Alceste* por Reiner, e para a análise léxica, pois fornece contextos e classes dos discursos caracterizados por seus vocabulários. (CAMARGO; JUSTO, 2013).

O *software* permite realizar análises por similitude entre palavras e por elementos em nuvem de palavras e produz visualização gráfica dos vocabulários mais utilizados no corpus ou nas classes, no todo dos resultados bem como separadamente. (CAMARGO; JUSTO, 2013).

As classes resultantes representam o ambiente de sentido das palavras e podem indicar a fala do sujeito, sendo o olhar do pesquisador referência para o entendimento e amplitude do objeto estudado. (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Este programa viabiliza diferentes tipos de análise de dados textuais, desde as mais simplórias, com o cálculo de frequência de palavras e análises multivariadas. O IRAMUTEQ organiza a distribuição do vocabulário de forma compreensível e de ampla análise, com possibilidades de relações entre as classes pela nuvem de palavras. (CAMARGO; JUSTO, 2013).

O programa identifica e formata nas análises lexicais clássicas, permitindo que as Unidades de texto se transformem em Unidades de Contexto Iniciais (UCI) para Unidades de Contexto Elementares (UCE); indicada a quantidade de palavras, frequência média e número de hápax; pesquisa o vocabulário e reduz das palavras com base em suas raízes (lematização). (CAMARGO; JUSTO, 2013).

As análises podem ser realizadas tanto com base em um grupo de textos a respeito de uma determinada temática (corpus colorido), reunidos em um único arquivo de texto, como a partir de tabelas com indivíduos em linha e palavras em coluna, organizadas em planilhas, como é o caso dos bancos de dados construídos tomando como ponto de partida os testes de evocações livres. (CAMARGO; JUSTO, 2013).

A Classificação Hierárquica Descendente (CHD) é utilizada pelo *software* ALCESTE que classifica os segmentos de texto em função dos seus respectivos vocabulários. (RATINAUD; MARCHAND, 2012). Esta análise visa obter classes de UCE que, ao mesmo tempo, apresentam vocabulário semelhante entre si e vocabulário diferente das UCE das outras classes. (CAMARGO; JUSTO, 2013; RATINAUD; MARCHAND, 2012).

A análise de similitude possibilita identificar as ocorrências principais entre as palavras, e seu resultado traz indicações da conexidade entre as palavras, auxiliando na identificação da estrutura de um *corpus* textual, distinguindo também as partes comuns e as especificidades em função das variáveis ilustrativas (descritivas) identificadas na análise. (CAMARGO; JUSTO, 2013).

O *software* agrupa e organiza graficamente as palavras em função da frequência. É uma análise lexical mais simples. Esta representação gráfica denominada Nuvem de Palavras permite uma imagem visual bastante interessante, na medida que possibilita rápida identificação das palavras-chave do corpus. (CAMARGO; JUSTO, 2013).

b) Análise de dados segundo a Hermenêutica Dialética

Os procedimentos heurísticos foram norteados pelo referencial metodológico da hermenêutica dialética, método que busca interpretar de forma crítica os fenômenos humanos, resultado de um processo social e de conhecimento expresso em linguagem, ambos derivados de múltiplas determinações, mas com significado específico. Portanto, é preciso compreender que os dados não existem por si só, eles são construídos a partir do questionamento elaborado sobre eles, com base nos fundamentos teóricos. (GADAMER, 2000; MINAYO, 2010).

A hermenêutica dialética permite a análise das falas dos sujeitos em seu contexto para a melhor compreensão, possuindo como ponto inicial o interior da fala dos sujeitos e, como ponto de chegada, o contexto histórico e a totalidade que produz a fala do sujeito. Pressupõe a inexistência de consenso e de ponto de chegada ao processo do conhecimento; apreende que a ciência é construída em uma relação dinâmica entre a razão dos que a praticam e a experiência emergida na realidade concreta; e entende que os resultados de uma pesquisa no campo da saúde como esta proposta podem ser definidos por meio da aproximação da realidade social. (GADAMER, 2000; MINAYO, 2010).

Para a organização de dados, utilizou-se a composição de trechos captados formando o *corpus* de análise a ser digitado no *software* IRAMUTEQ e complementadas pelas fases de análise de Minayo (2010). Para operacionalização da análise de dados foram seguidas as etapas proposta por Minayo (2010):

- 1) *Ordenação dos Dados*: Consta do agrupamento das informações englobando entrevistas, material de observação, documentos referentes ao tema e organização dos materiais em determinada ordem com o início da classificação.
- 2) *Classificação dos dados*: é uma construção elaborada com base no referencial teórico. É nesta etapa que o pesquisador estabelece as categorias empíricas, buscando a relação dialética entre categorias analíticas e categorias empíricas.
- 3) *Análise Final*: nas duas etapas anteriores é feita uma inflexão sobre o material empírico sustentada pelo marco teórico da vulnerabilidade em um movimento dialético de busca de compreensão entre o particular e o geral, entre o concreto e o abstrato e entre o empírico e o teórico. Nesta etapa ocorre a interpretação das informações recolhidas no campo, fazendo delas, ao mesmo tempo, uma revelação de sua especificidade e da participação nas concepções dominantes (MINAYO, 2010, p 70).

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi aprovado no Comitê de Ética da Universidade Federal do Paraná (CAAE) sob o número 35564014.7.0000.0102, respeitando a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa com seres humanos, e foi encaminhado ao Centro de Estudos em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba para parecer de viabilidade do trabalho.

Os participantes, em qualquer tempo e espaço, foram esclarecidos sobre o objetivo da pesquisa e a forma de coleta de dados. Após estas informações, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos que concordaram em participar. Foram garantidos os direitos das pessoas e das Instituições mantendo o sigilo dos dados e liberdade aos participantes de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento no decorrer do trabalho.

Para tanto, há de considerar as inúmeras conexões e dimensões sob a ótica da função do ser nutricionista, sendo de grande importância que o pesquisador respeite a posição do participante ao longo de todo o processo da pesquisa.

A pesquisa percorreu os Guidelines de pesquisa qualitativa Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) cujos 32 passos, quando percorridos, pretendem qualificar a veracidade da pesquisa.

4 RESULTADOS

Apresenta-se a seguir a interpretação dos dados da pesquisa e o aproveitamento dos textos processados pelo IRAMUTEQ do Grupo Focal e das entrevistas, ambos serão ilustrados a partir do relatório do processamento de dados mediante representações gráficas produzidas pelo Software IRAMUTEQ.

Resultaram com o processamento de dados do Grupo Focal três classes e das entrevistas seis classes. Cada classe corresponde ao processamento dos textos e subtítulos selecionados pelo *Software*. Após esta fase foram agrupados e aproximados manualmente pela pesquisadora os segmentos de textos que correspondem ao mesmo assunto e/ou ideia central, gerando assim as categorias finais.

4.1 CORPO TEXTUAL

4.1.1 Aproveitamento de texto:

Este relatório mostra o aproveitamento de texto e as características do processamento de dados dos resultados de cada coleta de dados.

Grupo focal

FIGURA 4 – RESULTADO DO PROCESSAMENTO DE DADOS DO GRUPO FOCAL FORNECIDO PELO SOFTWARE IRAMUTEQ:

```

+-+--+--+--+--+
|i|R|a|M|u|T|e|Q| - Tue Jul 28 15:05:07 2015
+-+--+--+--+--+
Number of texts:09
Number of text segments: 929
Number of forms: 3143
Number of occurrences: 32797
Número de lemas: 3123
Number of active forms: 3062
Número de formas suplementares: 61
Número de formas ativas com a frequência >= 3: 1099
Média das formas por segmento: 35.650630
Number of clusters: 3
1650 segments classified on 929 (74.27%)
#####
Tempo: 0h 1m 31s
#####

```

Fonte: A autora (2015).

Entrevistas semiestruturadas

FIGURA 5 – RESULTADO DO PROCESSAMENTO DE DADOS DAS ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS FORNECIDO PELO SOFTWARE IRAMUTEQ

```

+-+--+--+--+--+
|i|R|a|M|u|T|e|Q| - Sat Aug 15 15:07:43 2015
+-+--+--+--+--+
Number of texts: 21
Number of text segments: 1746
Number of forms: 4682
Number of occurrences: 62246
Número de lemas: 2796
Number of active forms: 2620
Número de formas suplementares: 166
Número de formas ativas com a frequência >= 3: 1142
Média das formas por segmento: 35.650630
Number of clusters: 6
1650 segments classified on 1746 (94.50%)
#####
Tempo: 0h 1m 31s
#####

```

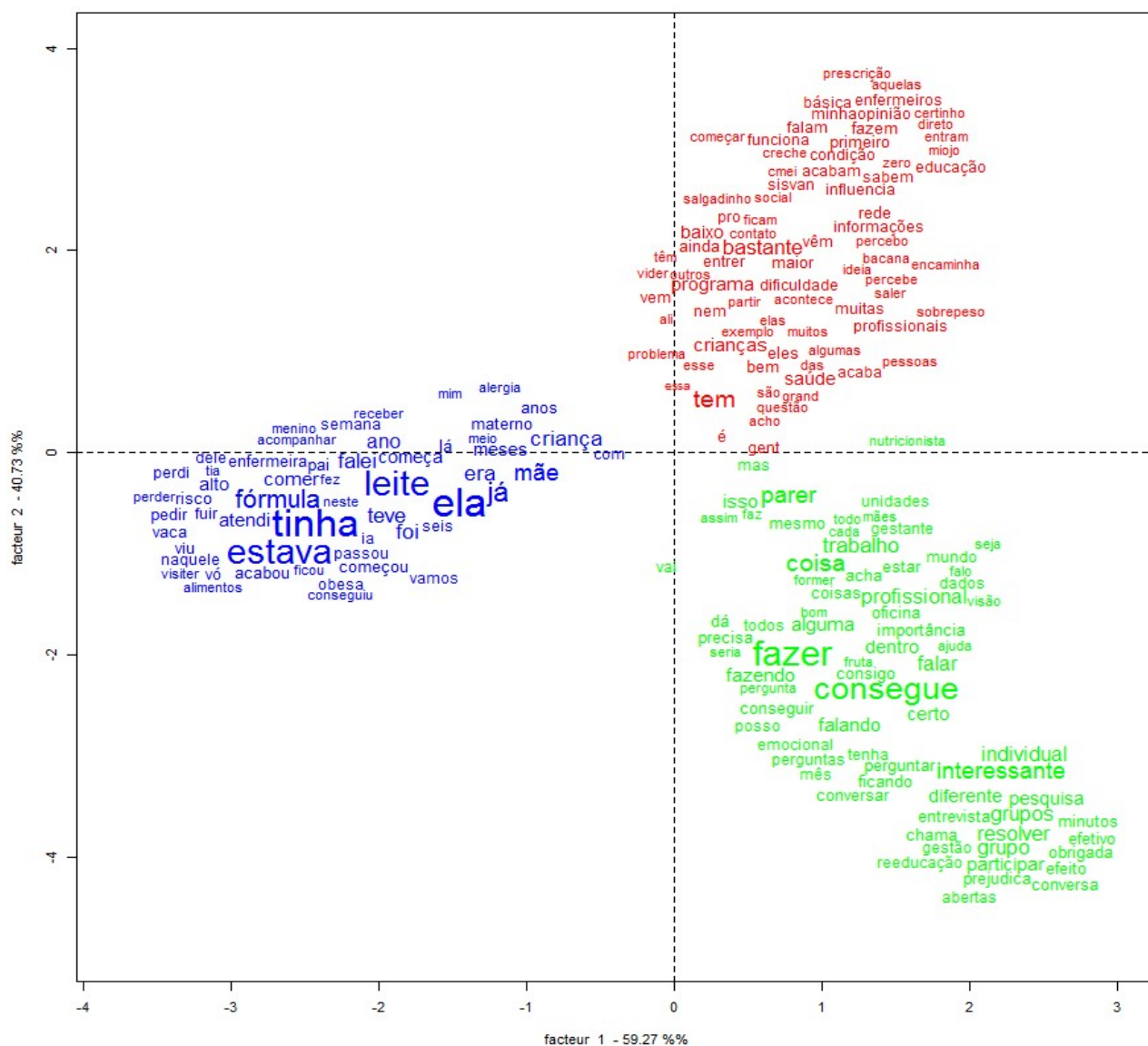
Fonte: A autora (2015).

4.1.2 Distribuição de palavras por quadrante e classes

Grupo Focal

A distribuição das palavras mais frequentes por quadrante permite ao pesquisador detalhada observação mediante o tamanho e aproximação das palavras ou termos de cada classe, bem como a distribuição, intercessão e relevância destes termos, auxiliando na compreensão, construção e análise das categorias analíticas:

FIGURA 06 – REPRESENTAÇÃO DOS VOCÁBULOS ORIUNDOS DO GRUPO FOCAL POR CLASSE E DISTRIBUIÇÃO POR QUADRANTE PELO SOFTWARE IRAMUTEQ



Fonte: A autora (2015).



4.1.3 Dendograma

Após o dimensionamento dos segmentos de texto classificados em função dos vocabulários e que possuem em média três linhas, as classes de segmentos de textos foram definidas. A relação dessas classes é ilustrada em um dendograma. Nele estão representados os agrupamentos por classes a partir dos vocábulos mais frequentes, estes selecionados a partir do número de ocorrência ou número de vezes que a palavra foi mencionada, bem como a relação entre as classes e as palavras que a sustentam.

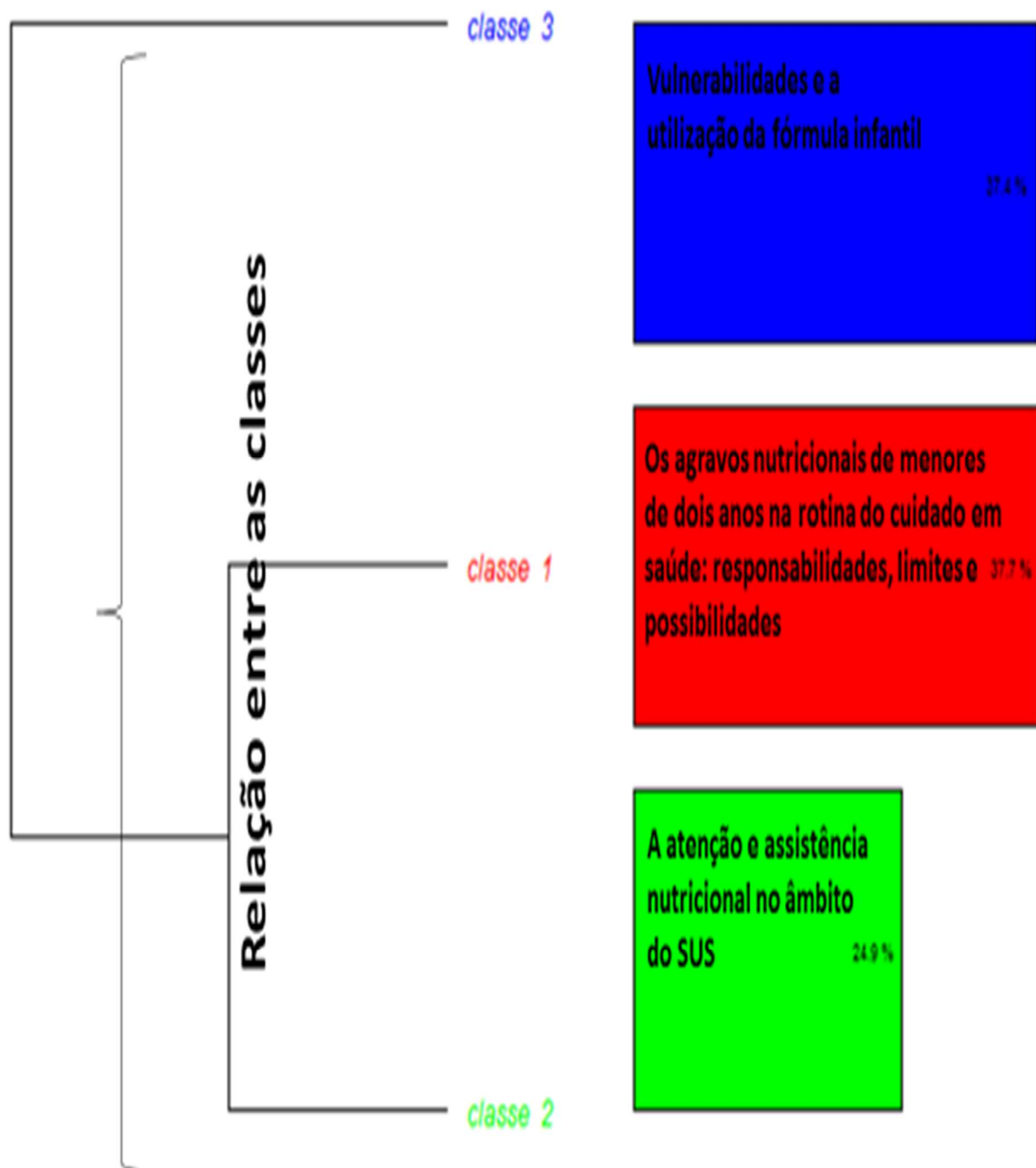
Grupo Focal

FIGURA 08 – DENDOGRAMA COM A OCORRÊNCIA DE PALAVRAS E RELAÇÃO ENTRE AS CLASSES ORIUNDAS DO GRUPO FOCAL FORNECIDO PELO SOFTWARE IRAMUTEQ:



Fonte: A autora (2015).

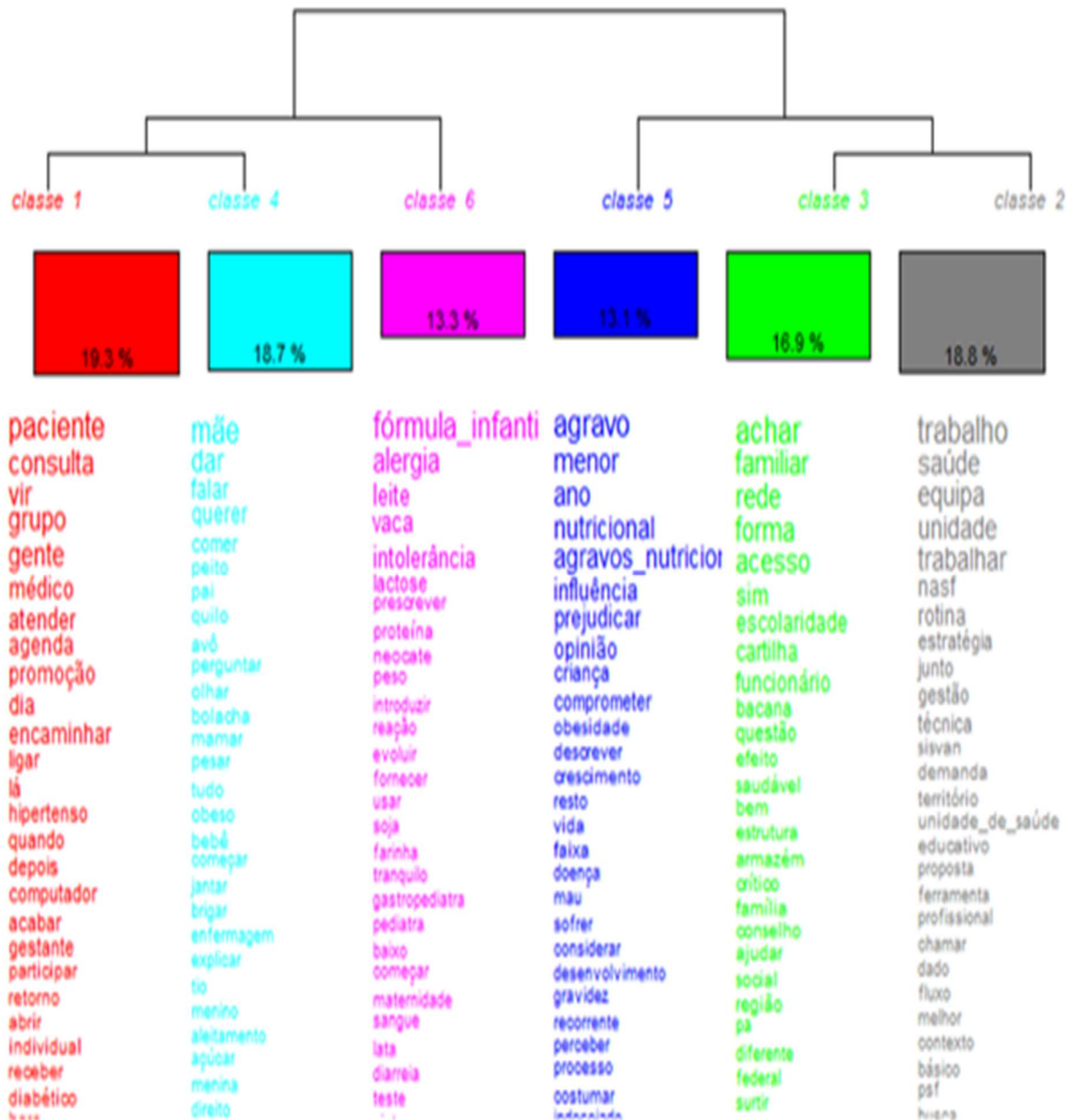
FIGURA 09 – DENDOGRAMA COM RESULTADOS ESTATÍSTICOS E RELAÇÃO ENTRE AS CLASSES ORIUNDAS DOS RESULTADOS DAS FALAS DO GRUPO FOCAL FORNECIDO PELO SOFTWARE IRAMUTEQ E NOMINADO COMO CATEGORIA ANALÍTICA PELA PESQUISADORA:



Fonte: A autora (2015).

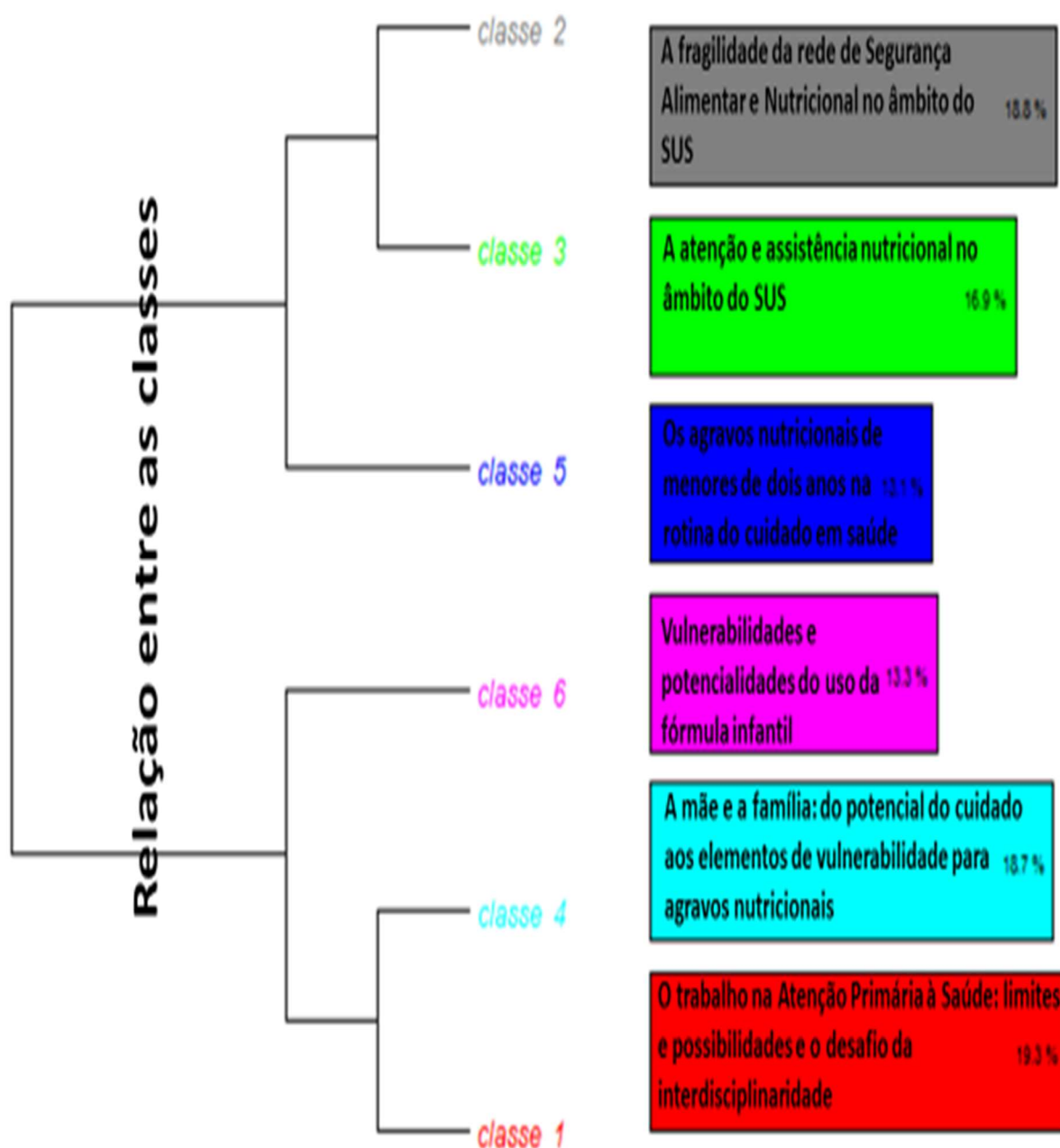
Entrevistas semiestruturadas

FIGURA 10 - DENDOGRAMA COM A OCORRÊNCIA DE PALAVRAS E RELAÇÃO ENTRE AS CLASSES ORIUNDAS DAS ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS FORNECIDA PELO SOFTWARE IRAMUTEQ:



Fonte: A autora (2015)

FIGURA 11 - DENDOGRAMA COM RESULTADOS ESTATÍSTICOS E RELAÇÃO ENTRE AS CLASSES ORIUNDAS DOS RESULTADOS DAS FALAS DAS ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS FORNECIDOS PELO SOFTWARE IRAMUTEQ E NOMINADO COMO CATEGORIA ANALÍTICA PELA PESQUISADORA:



Fonte: A autora (2015).

Diante do aproveitamento percentual, volume de material coletado, similaridade e complementariedade das duas técnicas de coleta, optou-se pelo aprofundamento e análise de dados oriundos das entrevistas semiestruturadas.

4.2 RESULTADOS DA ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

4.2.1 O trabalho na atenção primária à saúde: limites e possibilidades e o desafio da interdisciplinaridade

As falas dos participantes nesta classe foram ordenadas a partir dos vocábulos: **paciente, consulta, grupo, vir, gente, médico, atender, agenda, promoção, dia, encaminhar, ligar e lá**, os quais foram os mais frequentes e com valores mais elevados de Qui-quadrado e P menor e igual a 0,001.

[...] não adianta só a nutricionista fazer, para trabalhar com criança e as famílias eu preciso que haja um envolvimento maior com a equipe, é a tão esperada multiprofissionalidade do NASF que já não existe mais [...]. (Nut 15, Informação verbal).

[...] então a atividade coletiva é muito desintegrada, você registra orientação nutricional dos programas da Unidade de Saúde e tal, falado sobre alimentação saudável, e a orientação da prática de exercícios físicos é no outro dia e em outro horário, acaba que é tudo desintegrado [...]. (Nut 18, Informação verbal).

[...] nós estamos hoje aqui para trabalhar a doença, precisa de uma mudança desse modelo que é muito pouco multiprofissional, pois peço sempre para a equipes que tenhamos reunião com todos, e me vejo sozinha, até me chamam de insegura, mas acho que o que fazemos aqui não é NASF e só apagar incêndio [...]. (Nut 08, Informação verbal).

[...] a gente não pega nenhum caso de risco de sobrepeso leve, o que a gente conseguiria reverter mais rápido, grande parte dos pacientes infantis que vem para gente já estão em sobrepeso ou obesidade, e a gente sabe que é muito mais difícil reverter esse quadro sozinhas sem equipe multiprofissional [...]. (Nut 05, Informação verbal).

[...] mas acho que falta muita coisa para ser um NASF e o que eu acho as vezes é que essa pressa essa correria, a gente deixa escapar o paciente que tem um problema mais sério, pelo menos eu acho que tratamos tudo de maneira superficial e que para melhorar a integralidade precisa da equipe do NASF juntos, o que temos hoje é tudo menos NASF [...]. (Nut 07, Informação verbal).

[...] é, eu acho que devia de ter um encaminhamento mais precoce para nutrição porque os menores dois anos são pacientes que precisam ser acompanhados na Unidade de Saúde mensalmente, então não dá para esperar o bebe ficar doente ou ter um ano, se a gente pudesse fazer isso como prioridade e se tivéssemos mais nutricionistas, cada criança com menos de seis meses teria o direito de consultar uma vez com o nutricionista e certamente iria evitar muita coisa que hoje tratamos com altos custos como as alergias [...]. (Nut 16, Informação verbal).

[...] esta situação de ficar mandando qualquer coisa para a nutrição enche as filas de nutrição, para tu ter uma ideia eu tenho Unidade de Saúde que tem paciente de janeiro de 2013 que em fevereiro de 2015 sequer fizeram a primeira consulta, falta é gente para que possamos dividir tarefas para que elas sejam efetivas [...]. (Nut 01, Informação verbal).

[...] A gente tem bastante dificuldade, as vezes pela falta de vontade dos enfermeiros nas equipes também, tem Unidades de Saúde que a enfermagem vê uma criança com baixo peso já encaminha para nutricionista e nem olham direito, nem conversam com a mãe se ela está amamentando, resultado a mãe tem que esperar na fila que esta gigante, daí a mãe não volta e aquela criança estará em risco [...]. (Nut 15, Informação verbal).

[...] eu não estou presente nos outros dias e as informações são todas desconstruídas, a enfermagem no geral fala bastante coisa desatualizada sobre alimentação e aleitamento materno para as mães, isto prejudica totalmente nosso trabalho com as gestantes e os menores de dois anos [...]. (Nut 16, Informação verbal).

[...] em alguns atendimentos em especial, tenho muita dificuldade com orientações equivocadas dos médicos, a gente tem ainda aquela situação clássica da mãe não seguir as orientações para a mudança de hábitos alimentares ainda mais pelo vínculo e creditação do médico for maior, o médico falou que ela podia fazer assim, quem é a nutricionista para dizer que não pode? O médico disse que ele podia então nem vou ouvir esse blábláblá, e isso é uma dificuldade bem grande [...]. (Nut 06, Informação verbal).

[...] por exemplo eles nunca me ligaram à tarde, não é para a gente atender o telefone de tarde, são ordens da gestão se eu for lá gera hora extra, é assim porque diminuíram a nossa carga horária para trabalhar, mas não contrataram mais ninguém [...]. (Nut 4, Informação verbal).

[...] a gente sugere um contra turno com mais profissionais porque as filas de nutrição são enormes, precisamos de nutricionistas em todo o lugar até para ficar atendendo no PA as emergências da Unidade de Saúde, aí o paciente saiu por exemplo da unidade de pronto atendimento e seu caso já está resolvido, comer deveria ser igual a tomar remédio [...]. (Nut 18, Informação verbal).

[...] o Programa de Alimentação Especial e o Programa de Atenção Nutricional que nos engole o tempo, a criança tem que receber o leite, o leite tem que chegar logo, alguns pacientes têm que ser atendidos com prioridade, demora porque temos muitas coisas para fazer e nas visitas rápidas e com pouco tempo, é o que dá para ser feito, no fim nosso trabalho fica focado na emergência [...]. (Nut 15, Informação verbal).

[...] é preciso fazer um protocolo de atendimento mais participativo, pois quando vamos rever esse paciente, não tem diretriz, é uma coisa nossa do saber de cada um, porque hoje a gente faz assim, quando percebe que o paciente é grave já volta o mês que vem e se não é tão grave só daqui três meses, nós vamos por conta de nós mesmos, precisamos de modelo de consulta para quebrar as diferenças entre o atendimento nas unidades [...]. (Nut 15, Informação verbal).

[...] a gente abre a agenda marca alguns pacientes de programa e o restante das nossas consultas acaba ficando livre para os médicos perceberem se querem ou não que passe pela nutricionista, lógico que falamos para marcar os mais urgentes mas acabamos atendendo todos os tipos de pacientes não priorizamos os bebês, só se for doente [...]. (Nut 15, Informação verbal).

[...] porque veio de lá de cima lá da secretaria não podíamos fazer atendimento individual só do programa de atenção nutricional, mas aí mesmo assim a gente acabava fazendo porque vinha por exemplo aquele paciente diabético insulino dependente que precisava de uma orientação [...]. (Nut 18, Informação verbal).

[...] se eu atendo seis pacientes por dia eu já acho que é bastante pelo restante de coisas que eu tenho que fazer, o médico atende 12, mas é um trabalho diferenciado o nosso leva bem mais tempo [...]. (Nut 15, Informação verbal).

[...] e fora que tem a questão de não conseguir sala, não conseguir computador então muitas vezes eu estou no atendimento sem ter a informação do paciente, porque não tenho computador só tem o que a mãe está relatando, há muito descaso com a equipe do NASF [...]. (Nut 10, Informação verbal).

[...] ou eu atendo e faço o registro depois no prontuário do paciente, ou perco muito da consulta, porque eu fiz um atendimento outro dia, todos juntos, só que ali eu já perdi muito na qualidade das informações porque eu não consegui ver o que o paciente faz em casa, me perdi e isso é péssimo [...]. (Nut 18, Informação verbal).

[...] com essas cobranças atuais da gestão os problemas são maiores, com as obrigações a equipe foi perdendo a multiprofissionalidade e isso também interfere na nossa atuação, alguns profissionais de saúde estão muito desmotivados, pois tem que atender esses pacientes isoladamente, a ordem é acabar com fila de espera, tem que não ter fila nem de manhã às sete horas da manhã [...]. (Nut 15, Informação verbal).

[...] pouco se faz prevenção e promoção nesta gestão, então se nem os profissionais e gestores dão essa importância da promoção muito menos os pacientes, sinto muita saudade de antes, hoje falta de tempo para retornar aos meus grupos, antes eu acho que tudo era mais dinâmico, até hoje eles pedem na porta da unidade eu voltem os grupos de mães [...]. (Nut 18, Informação verbal).

[...] hoje nesta gestão a gente não tem muito tempo, tem os quinze vinte minutos da consulta que você faz a orientação rapidinho, o problema é ficar esperando que esse paciente volte depois, acho que eles nem aderem ao que falamos, e as vezes ele não volta e nós não temos como correr atrás deles de novo, é tudo sem base. [...]. (Nut 15, Informação verbal).

[...] acho que deviam elevar a importância das consultas individuais, não acho que tenha que fazer grupos disso e daquilo, acho que o tempo disso já passou um pouquinho, é que não serve para todo mundo e a gente perde tempo e a população não vem nunca, tenho poucas experiências positivas com grupos [...]. (Nut 10, Informação verbal).

[...] e em algumas Unidades de Saúde nunca os pacientes tiveram adesão é muito difícil esse trabalho em grupo, nem sempre a população adere a ideia dos programas por exemplo o programa do hipertenso, fica muito na entrega de remédio, não é resolutivo [...]. (Nut 11, Informação verbal).

[...] então os grupos ao meu ver é assim, o paciente pega a senha número tal e vai lá, e acabou para ele ali, depois que ele pegou a medicação ou o leite eles vão embora não querem ficar ouvindo, é utópico o profissional de saúde achar que as comunidades terão mudanças de hábitos com esse nosso

discurso, desse jeito é sempre catastrófico, a população não gosta pois não temos o vocabulário popularesco e não temos formação adequada para isto [...]. (Nut 18, Informação verbal).

4.2.2 A fragilidade da rede de Segurança Alimentar e Nutricional no âmbito do SUS

As falas dos participantes nesta classe foram ordenadas a partir dos vocábulos: **achar, familiar, rede, forma, acesso, sim, escolaridade, cartilha, funcionário, bacana, questão, efeito, saudável, bem, estrutura, armazém**, os quais foram os mais frequentes e com valores mais elevados do Qui-quadrado e P menor e igual a 0,001.

[...] por exemplo na unidade que fui ontem, é a comunidade mais carente e fica longe da Unidade de Saúde e os pacientes tem que ir de ônibus para tudo, nem todos têm condições, o acesso é muito difícil para tudo, então o programada UMSA (Unidade Móvel de Segurança Alimentar) é o único que já foi para lá para facilitar o acesso a todos, eles se sentiram animados, é uma maravilha, dá muito resultado [...]. (Nut 21, Informação verbal).

[...] a maioria desses pacientes que participam de grupo da UMSA (Unidade Móvel de Segurança Alimentar) levam isso para casa deles, eles falam por exemplo que agora o neto toma o suco de couve que ele faz com gosto, porque antes ele não sabia que era bom de gosto e bom para a saúde, e dizem assim “antes lá em casa era só suco de pacote. (Nut 13, Informação verbal).

[...] eu ia falar do PAA (Programa de Aquisição de Alimentos) acho que é um programa muito completo que dentro da política do Fome Zero é um programa estruturante, mas pensando que você quer o foco no desenvolvimento da criança eu vejo o PAA de um jeito diferente [...]. (Nut 14, Informação verbal).

[...] mas só de estão fortalecendo o campo a ligação do campo com a cidade de discutir o modo de produção de certa forma o Programa de aquisição de alimentos e faz discussão isso para o desenvolvimento infantil acho que é a grande sacada é estruturante [...]. (Nut 14, Informação verbal).

[...] eu tenho um contato com um (PAA), e acho que aqui, é diferenciado do restante do Brasil porque aqui em Curitiba até onde sei, é a única cidade grande que tem uma vertente do Programa de Aquisição de Alimentos que fornece alimentos para instituições, e estas fazem um trabalho com vistas à Segurança Alimentar, sei inclusive que a gente tem instituições históricas por isso eu me orgulho de fazer parte, mas isso deve ser ampliado e as nutricionistas do (NASF) devem considerar e se envolver [...]. (Nut 14, Informação verbal).

[...] apesar de difícil na realidade lá nas minhas (US), acho que os programas de incentivo ao aleitamento materno são bem importantes, mas desde que sejam mais amplos, as mães não aguentam esse discurso de benefícios, elas precisam saber que vai doer e ser difícil [...]. (Nut 09, Informação verbal).

[...] a mãe não podia participar do programa de gestantes, e não participava de nada porque tinha problemas de saúde, eu acho que se eu conseguisse conscientizar a equipe que trazer a avó já iria ajudar tinha resgatado aquele caso, porque era a avó que cuidava da criança[...]. (Nut 17, Informação verbal).

[...] de repente se tivéssemos a possibilidade de trazer a família para um programa forte de alimentação complementar, talvez ia ser mais benéfico para a criança e elas estariam sabendo cuidar melhor deste bebe [...]. (Nut 17, Informação verbal).

[...] as mulheres mais experientes são importantes para ensinar a cozinhar e preparar sabendo utilizar os alimentos que as mães adolescentes não sabem como os legumes verduras e frutas, o que acho que talvez melhoraria bastante o hábito alimentar dessas mães e de seus bebês principalmente na questão da alimentação complementar [...]. (Nut 15, Informação verbal).

[...] agora aqui em Curitiba não tem nenhum programa específico para menores de 2 anos na Unidade de Saúde e quando a gente é chamada, é um trabalho raso, esses programas sociais que tem condicionalidade na saúde, deveriam focar na saúde das crianças não na entrega de coisas e benefício [...]. (Nut 04, Informação verbal).

[...] eu não acho que são tão resolutivas as ações de promoção da saúde nem do Programa Leite das Crianças e nem O Bolsa Família, eu nunca trabalho em cima dos dados e nem deste público, acabo me colocando à disposição falo que estou aqui, mas a Unidade de Saúde só prioriza números e dados para a secretaria e nós não temos acesso e nem direcionamento disso no NASF [...]. (Nut 08, Informação verbal).

[...] agora é correr atrás, e essa criança apesar de ser tão novinha eu acho que já está comprometida com muitos agravos, e a família não está inserida em nenhum programa social, porque não tem documentos. (Nut 07, Informação verbal).

[...] cada um faz do jeito que acha melhor com sua população a gente vê assim tem uma Unidade de Saúde que a população adere a grupos e as atividades coletivas e tem outra Unidade de Saúde que não adianta então acho que falta reconhecer melhor o território saber se comunicar e daí você faz de um jeito em uma, na outra de outro, vai variar conforme a população [...]. (Nut 18, Informação verbal)

[...] temos um grupo no facebook por conta de tirar essas dúvidas relacionadas a questões de aleitamento e fórmula infantil, daí depois achamos melhor criar um email institucional, porque hoje a maioria das mães tem celular com internet [...]. (Nut 14, Informação verbal).

[...] eu acho que uma das grandes políticas é a estratégia amamenta alimenta Brasil e que vai lidar com a questão da amamentação e alimentação que também é super determinante para que o repasse de informações seja menos deturpado [...]. (Nut 07, Informação verbal).

4.2.3 Classe 3 - A atenção e assistência nutricional no âmbito do SUS

As falas dos participantes nesta classe foram ordenadas a partir dos vocábulos: **trabalho, saúde, equipe, unidade, trabalhar, NASF, rotina, estratégia, junto,**

gestão, demanda, território, unidade de saúde, educativo, os quais foram os mais frequentes e com valores mais elevados de Qui-quadrado e P menor e igual a 0,001.

[...] o trabalho da nutricionista passa de uma questão do atendimento, não é que nem medicamento, essa adesão ao medicamento é mais fácil, o problema mesmo é a adesão ao novo estilo de vida, e aquela família que tem muitos filhos, todos saudáveis não conseguem entender que um deles tem restrição [...]. (Nut 06, Informação verbal).

[...] e eu trabalhava basicamente com as informações do SIAB, mas agora não tenho mais tanto tempo assim, eu tentava investigar a vida da criança antes dessa parte da anamnese e trabalhava antes para poder fazer um histórico e saber os possíveis motivos da criança está ali gordinha [...]. (Nut 05, Informação verbal).

[...] a gente entrou como NAAPS para fazer o trabalho enquanto NASF, e eu já conhecia as diretrizes, fiquei frustrada pois a demanda nos engoliu nas unidades de saúde, e a equipe multiprofissional tinha que ficar junto, mas daí quando a gente foi distribuída não cabem os cinco aqui vai ter que ficar um dia um [...]. (Nut 18, Informação verbal).

[...] eu sou defensora da parceria do trabalho da Unidade de Saúde com a escola, mas temos pouco tempo e muito trabalho de demanda [...]. (Nut 14, Informação verbal).

[...] a gente teve redução de carga horária, mas não teve redução de trabalho, então a gente acaba lidando com prioridades, e a prioridade é sempre o programa de atenção nutricional e este programa demanda bastante tempo da gente [...]. (Nut 07, Informação verbal).

[...] teatro e atividades intersetoriais são as que dão mais resultado, a população reconhece muito o trabalho [...]. (Nut 12, Informação verbal).

[...] o resultado vem se colocar a nutrição no português e na matemática na escola, como era antigamente, tinha antes nas escolas mais informações, mais hoje em dia eu não vejo tanto, eu vejo mais é os nutricionistas sim tendo espaço de trabalho dentro da escola, mas não sei se isso não fica meio focado na área clínica não chega ao vocabulário deles [...]. (Nut 13, Informação verbal).

[...] eu acho que é utópico atender demanda com nossa redução de carga horária e não se integrar ao território, eu acho que eu resolveria mais estando trabalhando no coletivo, é muito importante poder sair daqui e ver aquela mesma criança que atendo aqui, lá na escola e ou na atuação comunitária, isso que faço hoje não adianta, o trabalho que a gente faz é muito pontual está longe de ser resolutivo [...]. (Nut 03, Informação verbal).

[...] tem, momentos administrativos e de imersão na Unidade de Saúde, mas é um trabalho de preenchimento de ficha, discussão de estudos de caso, antes tinha muito mais isso, mas foi se perdendo, hoje a gente não utiliza o sisvan para nada e menos ainda como norteador [...]. (Nut 15, Informação verbal).

[...] fazendo um trabalho bimestral como se fosse sementinha para um futuro melhor para estas crianças a gente tem cronograma de 15 em 15 dias em um outro espaço que não seja da Unidade de Saúde [...]. (Nut 12, Informação verbal).

[...] não consigo estar ali certinho na Unidade de Saúde, mas não programado de uma maneira aleatória pois trabalho em quatro cobrindo mais duas unidades_de_saúde basicamente a maior parte do tempo fazemos o programa de dietas [...]. (Nut 20, Informação verbal).

[...] eu trabalho em duas unidades de saúde da família e também duas básicas, nas básicas até tenho uma dificuldade maior de vínculo com a equipe, mas na saúde da família eles são mais envolvidos e existe uma diferença muito grande entre os dois modelos de assistência à saúde [...]. (Nut 08, Informação verbal).

[...]hoje dificilmente a gente vai fazer um trabalho de prevenção e quando a gente é chamada pelas unidades de saúde, o que também não é sempre, não é rotina da gente fazer um trabalho nos grupos, as vezes só no de gestantes [...]. (Nut 18, Informação verbal).

[...] mas em relação a proposta de trabalho se tivesse mais tempo se a gente dedicasse um pouco mais para isso acho que a equipe ia tomar como importante algumas pessoas acham importante então a gente percebe que naquela equipe funciona melhor em grupo [...]. (Nut 17, Informação verbal).

[...] ninguém vê isso como uma prioridade na rotina de trabalho, ninguém se sente confortável com a técnica de ficar preenchendo planilha ou não acha que é uma boa técnica, mas é que tem para hoje [...]. (Nut 14, Informação verbal).

[...] na minha opinião se voltassem as oficinas se votasse um trabalho mais coletivo e voltasse no sentido que já foi antigamente focado mais na prevenção seria melhor [...]. (Nut 10, Informação verbal).

[...] então o trabalho das oficinas é por parte da equipe mesmo e eu como eu gosto muito de trabalhar com gestante sempre me ofereço a gente sempre está junto e a participação delas é muito grande também, mas isso é porque a equipe se organiza[...] (Nut 15, Informação verbal).

[...] é um trabalho de formiga o do NASF, não deve ser a porta de entrada do SUS e nós estamos inseridos como apoio e isso temos que bater em cima toda hora, aqui em Curitiba tem uma deturpação das ações que faço, alguns acham que as atividades nas creches não é atividade do nutricionista do NASF [...]. (Nut 12, Informação verbal).

[...] mas talvez não é como era há alguns anos atrás, que a preocupação era muito grande se a criança vinha todos os meses, era feito um trabalho muito bom de educação mesmo com essas mães ali na hora da puericultura e tínhamos um acesso maior a várias mães [...]. (Nut 15, Informação verbal).

[...] eu vejo muito preconceito do profissional da saúde em relação a esses casos de mães frágeis e que não comparecem a Unidade de saúde, para mim esse tipo de situação e a cara da complexidade do sistema e do nosso trabalho mesmo [...]. (Nut 06, Informação verbal).

[...] hoje com a facilidade de agente estar dentro da Unidade de Saúde toda a semana, a gente talvez não tenha casos que perdure o baixo peso em menores de dois anos tanto tempo, o problema é a parte da obesidade que o trabalho tem que ser um pouco mais intenso e demorado. [...]. (Nut 15, Informação verbal).

[...] teoricamente não fazem a orientação da alimentação complementar porque não faz mais parte de da rotina da equipe perguntar sobre alimentação e orientar a alimentação complementar saudável, eles delegaram isso a nós, e nós não estamos tendo tempo de estar fazendo este trabalho [...]. (Nut 17, Informação verbal).

[...] agora casos de desnutrição a gente tem um trabalho maior, mas a adesão é muito maior fica mais fácil mesmo sendo mais intenso, e talvez a preocupação da equipe em si da Unidade de Saúde também seja muito maior com o desnutrido então onde a gente tem bebês de risco eles valorizam nossa fala e ouvem [...]. (Nut 15, Informação verbal).

[...] anemia e baixo peso são as piores ocorrências e na minha opinião, se voltassem as oficinas e se votasse um trabalho mais coletivo, estou falando que tivemos, no sentido de que o atendimento já foi focado na prevenção, e agora seria melhor e tem que existir os dois. [...]. (Nut 21, Informação verbal).

[...] acredito que também os profissionais de saúde não estão dando tanta importância para o trabalho da mãe como elemento de vulnerabilidade na hora de alimentar a criança e focar em alternativas de alimentação que não seja leite artificial na hora da consulta [...]. (Nut 01, Informação verbal).

[...] tem que fazer muito trabalho educativo como educação continuada com o profissional para a compreensão de que não é só o nutricionista que deve trabalhar a alimentação [...]. (Nut 06, Informação verbal).

[...] o desafio é muito maior, porque se os profissionais já têm essa carga de informações erradas das antigas cartilhas, precisa reciclar todo mundo de novo, imagine como é que vai trabalhar com a comunidade em geral falando coisa que não se usa mais [...]. (Nut 06, Informação verbal).

[...] a função do nutricionista acaba ficando bastante focada na área clínica eu não trabalho muito em gestão de dados essa gestão dos dados eu acho que seria bem interessante mas acho utópica [...]. (Nut 01, Informação verbal).

[...] eu acho que se a gente conseguisse fazer a gestão dos dados e todo mundo dessa importância para isso e entendesse a gente conseguiria ter um trabalho com mais qualidade [...]. (Nut 01, Informação verbal).

[...] o PSE e o SISVAN são um problema, mas se toda equipe fosse envolvida ia partir de a gente mesmo fazer porque é um trabalho a mais para equipe toda e eles não veem resultado [...]. (Nut 17, Informação verbal).

[...] porque no trabalho na saúde pública, seja em Unidade de Saúde e no Hospital quando temos que cuidar de alguém, a gente não tem suporte psicológico para auxiliar o emocional para poder lidar com a doença grave de uma criança e a finitude dela, essas coisas são sempre difíceis, eu sofro muito e levo esse sofrimento comigo, isso é o que a faculdade não nos prepara, aí vida vem e faz nos acostumarmos desse jeito na marra [...]. (Nut 05, Informação verbal).

[...] então precisamos de apoio emocional, a gente precisa de mais dialogo mesmo, tem dias que tudo dá errado, hoje é um dia que eu parei para responder a pesquisa, e isso fez com que eu pudesse falar, já tive depressão por trabalhar aqui [...]. (Nut 16, Informação verbal).

[...] A situação é complexa se trazer a problematização em algum momento traz a gente ter um folego, falar sobre as crianças que atendemos é importante, nunca vou para casa realizada, é uma constante, e depois que

aglutinamos as tarefas, tenho medo de surtar aqui, ultimamente trabalho sempre tudo no automático [...]. (Nut 10, Informação verbal).

[...] acho que uma coisa importante também se não nós nunca teremos bons resultados, não é só um detalhe, precisamos do amparo do psicólogo para trabalhar com a morte de um paciente que criamos vínculo [...]. (Nut 06, Informação verbal).

4.2.4 A mãe e a família: do potencial do cuidado aos elementos de vulnerabilidade para agravos nutricionais

As falas dos participantes nesta classe foram ordenadas a partir dos vocábulos: **mãe, dar, falar, querer, comer, peito, pai, quilo, avó, perguntar, olhar, bolacha, mamar, pesar, tudo, obeso, bebê, começar**, os quais foram os mais frequentes e com valores mais elevados de Qui-quadrado e P menor e igual a 0,001.

[...] já tem aquela família que não ajuda em nada, que a vó falou que a mãe não faz nada para a criança, e leu não sei aonde que tal coisa faz mal, sei lá quem disse que era certo dar feijão antes dos 2 meses, e a gente vê muito a família interferindo para o lado negativo, tanto na amamentação como dando leite de vaca com mucilon e maisena antes dos 4 meses [...]. (Nut 06, Informação verbal).

[...] a criança vê os amiguinhos e irmãos comendo e quer e a família dá, também e é uma criança pequenininha, mas bem esperta manda em casa e está gerando um conflito na família, esta mãe já está muito frágil coitada, precisando de psicóloga [...]. (Nut 08, Informação verbal).

[...] só come uma fruta por dia, aí não come nada de salgado (comida mesmo) e a mãe só amamenta, não dá alimentos complementares e a gente vê uma dificuldade também da mãe em se posicionar, o que cria um negócio de que a criança mesmo pequenina manda na mãe e a mãe não tem autoridade sobre a criança desde o começo ele (a criança) chora e a família já dá um jeito e obriga a mãe a dar o que ele quer, é uma geração de pequenos mimados [...]. (Nut 17, Informação verbal).

[...] a criança está obesa por conta da família, a responsabilidade é da mãe, mas eu sempre faço o trabalho com a família por isso que eu falo que chega lá a mãe com a criança de um ano e oito meses e a coitada da mãe, é adolescente se desdobra para entender todas as orientações [...]. (Nut 06, Informação verbal).

[...] a mãe é uma jovem adolescente e a criança não tem pai, ela não quis essa bebê e a vó cobra desta menina coisa que ela nunca aprendeu, a vó cobra, mas não ensina, pensa que a menina vai aprender sozinha, esta vó humilha a mãe e ela descarrega na criança eu chamei uma pediatra para cuidar deste caso [...]. (Nut 19, Informação verbal).

[...] eu não vejo muitas avós como a anos atrás, agora a maioria é mãe mesmo, a mãe e as vezes alguns pais vem juntos, mas todos vêm com uma pergunta pronta, quando posso dar danoninho para ele, ele pede doutora a avó disse que se ele começar a comer vai aceitar outras coisas para desmamar [...]. (Nut 05, Informação verbal).

[...] quero pegar o leite do posto porque eu tentei dar o peito e doeu, será que vocês não entendem meu lado [...] e assim foi aquela coisa toda e depois que negamos a mãe começou a dar outros alimentos e ela começou a dar outras coisas industrializadas para a criança de 3, 4 meses, coisas que também não deveriam ser dadas, daí entrou tudo que não podia na alimentação desta criança, praticamente entrou o que a mãe também comia tudo porque não liberamos o leite artificial [...]. (Nut 13, Informação verbal).

[...] mas a responsabilidade do pai era parcial ele não queria se envolver com o cuidado que era da mãe, ele não queria ser pai e mãe junto, aí a criança adoeceu e voltou para casa e reinternou, tudo porque eles não se entendiam [...]. (Nut 16, Informação verbal).

[...] minha mãe e minha irmã acham que eu sou muito radical em querer o aleitamento materno até os seis meses ou mais e riem de mim porque disseram que tenho que trabalhar para sustentar o meu filho logo porquê ele não tem pai [...]. (Nut 09, Informação verbal).

[...] e diz que a criança não aceita comida saudável, se a mãe não aceita imagina se essa criança vai aceitar, é mais um com obesidade daqui a 6 anos [...]. (Nut 08, Informação verbal).

[...] eu olhei para ela e perguntei se eles tomavam café da manhã e ela respondeu que eles têm costume de não comer nada cedo aí eu falei então como é que você está brigando com ele na verdade ele é o reflexo do que a família é [...]. (Nut 13, Informação verbal).

[...] eu vou falar, mas a minha família não tem problema de alimentação a gente come direito, só que não come direito aí querem fazer uma alimentação específica para a criança, mas ela vê o refrigerante em casa é claro que vai na mamadeira o que está na mesa é uma questão de hábito familiar [...]. (Nut 06, Informação verbal).

[...] atendi uma criança com menos de um ano de idade e pesava sei lá quantos quilos, era uma coisa absurda a auxiliar de enfermagem me contando que a mãe dava coca cola dava coxinha a criança tinha menos de um ano [...]. (Nut 07, Informação verbal).

[...] aqui a dificuldade é porque as mães às vezes têm muitos filhos não é um só, eu vejo que aquelas que tem um ou dois filhos vêm e fazem bem certinho se dedicam bastante as que tem mais de 2 ou 3 largam e não tem paciência de ouvir as orientações [...]. (Nut 08, Informação verbal).

[...] essas mães tem um monte de filho gostam de dormir até mais tarde então é mais prático fazer mamadeira, não gostam e nem sabem cozinhar, e isso que acaba prejudicando a criança a gente vê a diferença daquelas crianças que a mãe prepara uma alimentação certinha no almoço e na janta [...]. (Nut 08, Informação verbal).

[...] esses dias atendi uma criança com uma família de nove irmãos, o bebê tinha quatro meses o mais velho tinha dezessete anos, aí me diga como eu vou falar para mãe que tem que mudar algo na alimentação da criança, se ela já criou 9, ela nem me ouve, também o que ela tem para dar ela já deu para os outros e ninguém é doente [...]. (Nut 06, Informação verbal).

[...] tem a mãe que não quer amamentar mas tem a mãe que amamenta por um ano ou dois somente que não quer dar comida porque é fácil está aqui junto comigo eu não preciso ir lá cozinhar [...]. (Nut 17, Informação verbal).

[...] tem criança que às vezes a mãe não quer dar comida para a criança só dá leite e diz que a criança não aceita comida e a mãe não cozinha nada,

nem um ovo, e daí claro que a mãe desiste muito fácil imagine amamentar e ela coloca o problema na criança [...]. (Nut 19, Informação verbal).

[...] mas também tem o caso que a mãe prefere dar o leite artificial na mamadeira, por ser mais prático e deixa de oferecer a criança outros alimentos, mesmo que ela tenha condições de acesso e saiba fazer, tem que trabalhar bastante orientação e a importância de estar complementando este leite que já artificial, e que a criança precisa dos alimentos frescos feitos em casa [...]. (Nut 06, Informação verbal).

[...] um dia eu pedi uma banana e ensinei a mãe a dar banana e ela dava todas as frutas sem cortar, ela deu a banana inteira tadinha da criança, ela tinha 6 meses, claro que ela não ia comer, é uma pena detalhes assim serem decisivos negativamente nos primeiros meses que são cruciais para a introdução de alimentação complementar de sólidos [...]. (Nut 19, Informação verbal).

[...] aí a mãe fala...“então já que ele não pode comer nada por causa da alergia eu achei que rufles ele aceita bem, depois que descobri isso eu dou todo dia para ele porque ele não pode comer coisas com doce, mas não tem nenhum sintoma ou problema quando eu dou rufles e eu quase caí de costas [...]. (Nut 08, Informação verbal).

[...] digamos assim a mãe fala... “ah quando vamos comer, ela não come nada doutora...” mas a mãe mesma nunca come com a criança, nem come o que ela está falando para criança comer, eu vejo que a mãe não é um bom exemplo, como ela quer resolver o problema? Imagine seguir que tal hora tem que dar de comer para a criança e ainda por cima cozinhar, mais fácil mesmo é não pensar e então dá um macarrão instantâneo, não dá trabalho e toda criança engole [...]. (Nut 16, Informação verbal).

[...] é muito mais fácil para a mãe misturar o leite mistura um açúcar um mucilon e dá na mamadeira do que ir lá e preparar alguma coisa para a criança, as mães são despreparadas para ter um filho, não sabem preparar nada para a criança, é o que eu costumo ver quando atendo crianças com agravo nutricional já diagnosticado pela equipe [...]. (Nut 06, Informação verbal).

[...] e o pai não tinha condições de cuidar e nem de sustentar aquela família, quando eu cheguei eu fiz a visita na verdade eu atendi a mãe e os dois irmãos no consultório e fui fazer a visita ele estava deitado muito sujo e sem nenhuma condição humana [...]. (Nut 03, Informação verbal).

[...] hoje ele está com onze meses, um bebezão, mas não está andando e nem engatinhando, agora ele está se alimentando está aceitando muito bem outros alimentos, mas o pai quer que ele volte a ser bebê e quer dar mamadeira, pois nós que damos o leite, ele não quer sustentar aquela criança, os aspectos psicossociais da família prejudicam muito o cuidado desta criança [...]. (Nut 16, Informação verbal).

[...] era uma criança carente ao máximo, pai e mãe faleceram, só que é uma coisa assim, até hoje aqui na Unidade de Saúde tem que fazer vaquinha para ajudar a comprar comida para ela, porque não tem nada para comer, a avó é doente e é a única que cuida dela, ela só se alimenta por causa da creche, está é uma pequena guerreira de 2 anos [...]. (Nut 17, Informação verbal).

[...] ao meu ver era uma mãe negligente, teve um dia que no recordatório da criança eu anotei que a última refeição tinha sido as cinco da tarde, que a mãe deu uma banana, só que a criança foi comer só no outro dia as nove da manhã de novo, eu chorei e fiquei muito triste, encaminhei para a equipe,

ficamos sabendo que ela tinha comida e até condições, mas a mãe estava em depressão, disse a psicóloga [...]. (Nut 06, Informação verbal).

[...] quando retarda muito também porque daí está tão acostumado a mamar que dá preguiça de mastigar, então a gente vê aquela criança que parece que não se desenvolve mesmo, com um ano ainda não teve a introdução de alimentos, ou teve muito pouco estímulo, e aquela mãe prostrada e desanimada, quase uma cena de tristeza [...]. (Nut 17, Informação verbal).

[...] daí já que eu não consigo controlar a glicemia dele então não adianta dar uma bolacha ou um pacote é a mesma coisa e essa mãe já está assim até encaminhei ela a psicóloga a mãe não está nada bem nem olha mais para o filho, está cansada [...]. (Nut 08, Informação verbal).

[...] as meninas da Unidade de Saúde estavam horrorizadas o pai comentou parece que tinha uma questão de depressão da mãe, então a mãe só comia porcaria e acabava oferecendo para criança, essa mãe tinha pouco vínculo com a unidade de saúde, isso eu acho que também faltou, a mãe era mal orientada [...]. (Nut 07, Informação verbal).

[...] eu acho que quando a mãe não tem o que dar para o filho é mais triste, mas quando há amor ela vai atrás, pior é uma mãe que não tem condições de cuidar da criança, ela é de uma unidade minha, ela não tem vínculo com a criança, ela pega o filho como se fosse uma trouxa de roupa suja [...]. (Nut 19, Informação verbal).

[...] o pai é bem idoso e a mãe é bem mais nova, o pai tem problema de locomoção e tudo mais, e a mãe um problema de saúde mental bem grave nem entende o que a gente fala [...]. Nut 03 Informação verbal).

[...] mas mães querem que eu dê uma receita pronta, que não precise mudar nada na casa e nos hábitos deles e que a criança emagreça como mágica, com um shake ou alguma coisa, isso é muito comum, fico frustrada pois no final as mães dizem “O que a doutora vai me receitar para eu dar para ele? Isso depois que eu fiquei duas horas orientando e achando que a mãe entendeu tudo [...]. (Nut 06, Informação verbal).

[...] e com certeza tenho mães que dá gosto de ir orientar, mas daí já tem aquelas que a gente orienta mas tem um pouco mais de dificuldade de entender e continuar as orientações em casa, acho que só ficar falando deixa elas mais nervosas e dificultam a possibilidade de elas fazerem o certo [...]. (Nut 08, Informação verbal).

[...] o profissional de saúde pode até orientar aquela mãe as vezes ela não faz porque ela não sabe ela não tem a orientação do fazer ou por uma opção não querer apreender [...]. (Nutt 02, Informação verbal).

[...] o agravo nutricional está relacionado a condição de vida desta família, a falta de pré-natal, pois muitas são as vezes que a mãe chega no último trimestre de gestação e já tem várias questões que não foram resolvidas e a criança está em risco ou alto risco [...]. (Nut 19, Informação verbal).

[...] aí eu atendi essa mulher para dar alta do programa de alimentação especial e era sempre a vó que vinha trazer a criança e para dar a alta, daí quando veio a mãe eu falei vamos vou atender pela última vez ele, daí perguntei sobre a introdução de leite já que ela já estava comendo de tudo, e ela falou que estava dando ninho desde 4 meses eu perguntei porque a senhora está dando ninho se ele tem intolerância a lactose, ela disse porque é o único que ela não vomita sempre dei, eu não sabia o que falar [...]. (Nut 17, Informação verbal).

[...] aí a gente tem que trabalhar muito com a mãe, porque tem mãe que não tem condição mas comprar nada, mas deu um jeito de comprar um salgadinho, tenho certeza que se tivesse chego para gente antes, daria tempo de indicar o que ela deve comprar, o problema que quando chega para gente já se instalou toda a situação do agravo_nutricional [...]. (Nut 09, Informação verbal).

[...] enquanto você está falando na consulta, a profissional está ali do seu lado pesando, mesmo a mãe consegue ouvir só que não consegue prestar atenção naquilo que a gente fala, pois ela está tirando a roupa da criança e a enfermeira está pesando e a médica perguntando, não dá tempo acho um caos a puericultura [...]. (Nut 18, Informação verbal).

[...] se eles não estão nem aí, isso passa batido nas unidades por exemplo o tipo de pergunta: ah você mãezinha amamentando? Se mãe fala claro que estou, e daí acaba a orientação por aí, se está amamentando não precisa orientar nada está tudo certo, isso é um elemento de vulnerabilidade porque elas falam para ir embora rápido [...]. (Nut 17, Informação verbal).

[...] as mães que não querem ir para a unidade de saúde, geralmente não querem amamentar, mais então chegam e não querem e nem ouvem, e nosso papel é mudar a ideia delas e mostrar quais são as vantagens os riscos de interromper esse aleitamento materno, é uma luta diária [...]. (Nut 15, Informação verbal).

[...] ela me falou assim e eu imaginei que fosse sobre alimentação complementar quando eu comecei a atender a mãe, a mãe foi falando eu quero na verdade que eu me ensine a ordenhar quero continuar o aleitamento materno, mas eu não tinha frasco para poder ensinar [...]. (Nut 03, Informação verbal).

[...] a gente até começou aqui na unidade de saúde é muito complicado porque envolve muita prostituição drogas então eu vejo mãe que as vezes é drogadita se prostitui e a criança fica sozinha em casa, e claro essa criança nunca será amamentada [...]. (Nut 08, Informação verbal).

[...] esses dias teve uma menina de quatorze anos, veio me peitar dizendo que queria o leite agora e eu fiquei muito brava, ela já com filho bem pequeno cheia de leite no peito, e ela nem segurava direito a criança que chorava de fome, dias depois na unidade de saúde ela veio pegar o leite daí eu perguntei que leite, e ela respondeu o leite para o meu filho porque não quero dar o peito preciso trabalhar [...]. (Nut 17, Informação verbal).

[...] antigamente sempre tinha alguém da família para cuidar da criança menor de 2 anos, às vezes era a mãe ou avó e até tias que ficavam com as crianças, mas agora todos trabalham fora de casa e a criança fica sozinha e às vezes ou com um ou mais irmãos de 5 ou 6 anos [...]. (Nut 01, Informação verbal).

[...] eu acho que quando a mãe não tem o que dar para o filho é mais triste, tenho um caso de uma mãe que não tem condições de cuidar da criança ela não tem vínculo nenhum com o bebê, e trabalha dia e noite [...]. (Nut 19, Informação verbal).

[...] e na questão da obesidade também isso eu sempre falo nos grupos quando eu trabalho com gestante, eu falo que a mãe quando ela dá o peito a criança mama o quando ela precisa e quando ela oferece uma mamadeira não há medida do quanto e é sempre mais [...]. (Nut 05, Informação verbal).

[...] batata e macarrão é o prato infantil é aquilo que a criança come em casa se você vai fora num restaurante qualquer, é isso que ela vai comer porque é isso que ela come em casa e a mãe da isso [...]. (Nut 16, Informação verbal).

[...] A gente fala para a mãe que mais para frente ela vai ter as vezes até alguma alteração de desenvolvimento intelectual e no caso de consumo de alimentos inadequados antes dos dois anos que eles gostam bastante de dar coisas com açúcar [...]. (Nut 13, Informação verbal).

4.2.5. Os agravos nutricionais de menores de dois anos na rotina do cuidado em saúde

As falas dos participantes nesta classe foram ordenadas a partir dos vocábulos: **agravo, menor, ano, nutricional, agravos nutricionais, influência, prejudicar, opinião, criança, comprometer, obesidade, descrever, crescimento, resto, vida, faixa**, os quais foram os mais frequentes e com valores mais elevados de Qui-quadrado e P menor e igual a 0,001.

[...] atendo muitos casos assim que a criança tem uma série de doenças, é acamada ou às vezes não, mas isso vai repercutir na vida dela para todo o sempre [...]. (Nut 14, Informação verbal).

[...] por exemplo início da vida que é até dois anos eu percebo que o agravo nutricional mais sério é o baixo peso a obesidade ou a alergia, estes vão trazendo outras complicações e até pode levar a morte prematura pelos sintomas e desdobramentos [...]. (Nut 11, Informação verbal).

[...] eu considero o crescimento da alergia hoje em dia um agravo nutricional a parte, e muito recorrente, então quando a gente fala de agravos nutricionais o que está muito à tona é a alergia, e esta, se não for tratada é muito grave, já vi criança morrer por conta dos sintomas disso [...]. (Nut 07, Informação verbal).

[...] por exemplo na minha andança dentro de vários NASFs, já vi muita criança que morreu em consequência de desnutrição e ausência de completa de cuidados desde a família como negligência do profissional, especialmente em lugares muito pobres e distantes da Unidades de Saúde [...]. (Nut 07, Informação verbal).

[...] Já fui de muitos alguns lugares, pensar em só em um caso de criança, eu acho difícil, mas o que sempre me vem à memória, foi um caso que a criança quase morreu, e foi determinante para a vida dela, ela tem 5 anos e o agravo nutricional no caso a anemia prejudicou aquela criança ela ficou prejudicada por um tempo e até hoje tem muitos problemas de saúde e dificuldade na escola [...]. (Nut 07, Informação verbal).

[...] uma situação na qual eu percebi que o agravo nutricional prejudicou ou comprometeu a saúde da criança foi quando eu vi uma criança não amamentada e que sofreu com a inclusão de leite de vaca antes de 2 meses, eu tenho atendido agora e ela está com 5 anos com todos os níveis séricos alterados, eu poderia ter intercedido mais, mais a família não colaborou [...]. (Nut 07, Informação verbal).

[...] por exemplo eu vou considerar como agravo mais grave e recorrente a questão da obesidade, uma criança que tem toda uma alimentação ruim com o alimento artificial desde cedo com certeza vai levar isso para o resto da vida e dificilmente isso vai ser mudado [...]. (Nut 10, Informação verbal).

[...] avaliar a amplitude dos programas a gente não consegue, não temos sistema de avaliação do que fazemos, então nem se fala se eu colocar para te responder, posso dizer que os dois programas: o programa saúde na escola e o sisvan acho que são os menos resolutivos porque só gera dados e eu sei que poderíamos fazer muita coisa baseado neles [...]. (Nut 01, Informação verbal).

[...] quando eu tenho uma criança com agravo nutricional meu processo de trabalho para o tratamento de agravos_nutricionais que não sejam alergia alimentar eu uso só o meu conhecimento do que aprendi na faculdade [...]. (Nut 14, Informação verbal).

[...] eu gostaria de ter algum protocolo modelo de atendimento que tenha fluxo inteligente, sofremos muito com o programa de alimentação especial, pois os casos graves de dietas são todos amarrados aos médicos e as receitas dos hospitais, e eles seguem as orientações internacionais, que são pouco compatíveis com as diretrizes nacionais [...]. (Nut 05, Informação verbal).

[...] surgem os hábitos novos e alimentos novos a todo tempo na TV, e daí depende de onde é passado a orientação ou propaganda, então descrever uma situação na qual eu percebi que o agravo nutricional prejudicou ou comprometeu o estado de saúde da criança é desafiador, penso que todo dia tem consequências da introdução de alimentos industrializados para os pequenos que estão cada vez mais obesos [...]. (Nut 10, Informação verbal).

[...] nas crianças menores de 2 anos de idade o norteador de agravo nutricional que implica mais é não temos uma ação integrada que pudesse resolver antes estes problemas como na puericultura direcionado para os pequenos e suas famílias, mas ainda estamos sem tempo acredito que poderia ter programas e mais nutricionistas para os menores de 2 anos [...]. (Nut 20, Informação verbal).

[...] imagine agora na nossa função com tantas coisas para fazer, acaba que o que eu costumo fazer quando atendo estas crianças com agravo nutricional é consulta individual, mas eles nunca voltam [...]. (Nut 04, Informação verbal).

[...] quando é menor de dois anos vai no programa do lactente se é maior de um ano e não vai mais, dependendo se está com baixo peso ou algum agravo como anemia ou as vezes tem até tireoide diabetes a gente chama, mas estas ações acabaram se perdendo um pouco [...]. (Nut 17, Informação verbal).

Aspectos nutricionais da mãe está sempre indo e vindo para nós, nos grupos na escola e em atividades na creche a gente percebe, aquela criança que está mais amarelinha mais mirradinha ela não é tão esperta e exigente como outras, dá para perceber que é fruto de pais com dificuldade que nem sempre é econômico e nem social, mas é transtorno mental dos pais [...]. (Nut 12, Informação verbal).

[...] na minha opinião o que influencia os agravos nutricionais em crianças menores de dois anos como a anemia, nutrição pobre e o baixo peso, são quaisquer formas de ausência de acesso a saúde e alimentos e outras doenças anteriores [...]. (Nut 09, Informação verbal).

[...] a questão da alimentação da família, influência em muita coisa, eu vejo crianças por exemplo que teve um agravo importante que gerou uma anemia

grave, e esta criança não teve tratamento até esta faixa etária de dois anos, tadinha dessa criança, vive doente e precisando de suplementação médica [...]. (Nut 13, Informação verbal).

[...] acredito que o agravo nutricional vem em decorrência de problemas na família se a criança é ou não bem-vinda na família, se a gravidez desse bebe foi desejada, se a mãe é adolescente e se essa mãe é sozinha e trabalha fora, é isso que vai impactar no tipo de comida que é oferecida para a criança, aí que vem as anemias e alteração de peso e claro as intercorrências de saúde por consequência [...]. (Nut 09, Informação verbal).

A saúde mental da mãe é um problema muito recorrente, são muitos os casos e a gente confunde com alterações cognitivas, desatenção mesmo, mas essas mães já foram crianças frágeis, tiveram uma gestação frágil e geram crianças frágeis mentais e Nutricionalmente [...]. (Nut 12, Informação verbal).

4.2.6 Vulnerabilidades e potencialidades do uso da fórmula infantil

As falas dos participantes nesta classe foram ordenadas a partir dos vocábulos: **fórmula infantil, alergia, leite, vaca, intolerância, lactose, prescrever, proteína, neocate, peso, introduzir, reação, evoluir, fornecer, usar, soja, farinha**, os quais foram os mais frequentes e com valores mais elevados de Qui-quadrado e P menor e igual a 0,001

[...] e quando é uma criança que tenha essa situação de aleitamento misto com a fórmula infantil, a família vem pedir para gente na unidade daí é fácil e eu logo faço a relactação total, recupero 40% dos casos de desmame [...]. (Nut 05, Informação verbal).

[...] uma semana depois voltou e já tinha ganho 30 gramas, antes com a fórmula infantil ao dia ele ganhava 18 ou 15 gramas, ganhou o dobro sem dar fórmula infantil então aquela mãe se convenceu, isso é tão gratificante [...]. (Nut 05, Informação verbal).

[...] nós começamos a oferecer a fórmula infantil no caso de desnutrição severa ou ausência da mãe, e como se fosse uma flor aquele botão desabrocha, é uma coisa contraditória para mim sou contra a formula infantil, mas ela salva muitas crianças, só que dá para ver de 0 a 100 o bebe era desnutrido e fica obeso com aquela gordura mole caída, mas está saudável na visão da família e dos avós [...]. (Nut 16, Informação verbal).

[...] raramente me procuram na puericultura, só às vezes quando aparece uma criança não está ganhando peso, e eu sei que a mãe só quer fórmula infantil, as vezes é necessário [...]. (Nut 18, Informação verbal).

[...] então deixávamos as crianças até seis meses usando fórmula infantil, hoje é até um ano, mas são crianças que são muito bem avaliadas, são crianças realmente de risco [...]. (Nut 15, Informação verbal).

[...] para a criança receber a fórmula infantil especializada a gente tem 20 cotas, a gente avalia bem precisa ou não é bem rotativo [...]. (Nut 17, Informação verbal).

[...] para as crianças do Programa de Suplementação Alimentar que fazem uso da fórmula infantil a gente segue o protocolo e atende certinho até 6 meses o total e com um ano de idade dá alta [...]. (Nut 15, Informação verbal).

[...] a gente explica para a Fundação de Ação Social (FAS) que algumas famílias precisam e outras não, justificando e explicando até quanto tempo que esta criança precisava da fórmula infantil e aí a gente tentava até um ano, quando é da FAS não é agravo nutricional não tem problema físico é social, e se formos considerar isso não tem mais senha até 2020 [...]. (Nut 17, Informação verbal).

[...] então me atualizar e as consultas para dieta de alergias ocupa muito do meu tempo, pelo menos nós temos um protocolo para quase tudo que eu faço, mas sei que NASF não é só isso, espero que um dia tenhamos mais condições de ampliar e sair deste aparato clínico centrado [...]. (Nut 04, Informação verbal).

[...] a mãe continuou não tinha nada para dar para aquela criança com alergia, claro que acabou que deu leite de vaca, continuou insistindo no leite de vaca e a gente entrou com a fórmula infantil especial, depois com alimentação complementar só que ele tinha outros irmãos vários e a mãe não entendia porque aquele bebe era tão diferente. (Nut 18, Informação verbal).

[...] na verdade essa criança já tinha tentado a fórmula infantil padrão eu sei disso porque o irmãozinho era meu paciente de tempos atrás, e este tolerou leite depois de muitas tentativas com a dieta de exclusão daí a mãe teve outro bebê que também desenvolveu alergia só que esta criança teve reação com o ovo, acho que tudo isso tem um componente forte genético [...]. (Nut 16, Informação verbal).

[...] é no processo de adaptação e exclusão que o gastropediatra pede para começarem com o ninho que é uma medida rasa na mamadeira, as mães ficam meio que desesperadas achando que vai vir tudo aquilo de novo aquele sofrimento da alergia [...]. (Nut 17, Informação verbal).

[...] a fórmula infantil hidrolisada pelo protocolo de alergia você usa como último recurso é difícil porque é caro e deve ser oferecido quando o quadro clínico é bem específico, não consigo fazer milagre [...]. (Nut 14, Informação verbal).

[...] então eram gêmeos, uma das crianças precisava e recebia a fórmula infantil hidrolisada mas comia danoninho iogurte tudo o que a outra criança também comia, eu fiquei brava com a mãe, mas ela disse que não tinha coragem de tirar de um e dar para o outro achava injusto [...]. (Nut 08, Informação verbal).

[...] os leites mais caros pelo Programa de Alimentação Especial era para ser mais avaliado porque tem muito erro de indicação precisa ser melhor avaliado, pego aqui na unidade de saúde muita criança que come de tudo tomando pregomin [...]. (Nut 15, Informação verbal).

[...] mandamos para o gastropediatra e ele avaliou que era intolerância à lactose mesmo, então a criança recebeu dois meses da fórmula infantil hidrolisada e logo que fez dois anos fez o teste com outros tipos de alimentos, os alimentos em geral não davam problema só o leite mesmo, passamos para dieta de exclusão [...]. (Nut 17, Informação verbal).

[...] um mês depois que a criança começa com a fórmula infantil já começa às vezes alergia ao leite a lactose ou a proteína, aí a criança tem direito de receber o leite específico para o problema até os dois anos [...]. (Nut 17, Informação verbal).

[...] depois da fórmula infantil de soja e na verdade a gente tem que ir para o hidrolisado, mas ultimamente estamos vendo a condição que as mães dão os alimentos tem muita situação de dar alimentos alergênicos mesmo cheia de orientação [...]. (Nut 16, Informação verbal).

[...] para os médicos o agravo não começa com fórmula infantil, eles entendem que é um remédio, se a mãe vai introduzir a alimentação com 4 ou só com 6 meses, eles nem se atem a isso, o importante para eles é resolver o problema pontual, por isso uma vez eu tive uma discussão com o médico pediatra e foi tenso, porque eu não baixei a guarda, eles estão sendo causa de agravo nas crianças [...]. (Nut 09, Informação verbal).

[...] quando é gêmeos eu não consigo sensibilizar para a mãe manter o leite materno, já vem com receita médica de fórmula infantil até os seis meses, acaba tendo que introduzir fórmula infantil para criança poder ganhar peso, e é aí que quebra todos os benefícios do ciclo do leite materno, é um ciclo do bem que se quebra. [...]. (Nut 09, Informação verbal).

[...] e a gente tem um grande problema dos médicos também muitos médicos prescrevendo de início a fórmula infantil sem nem tentar o aleitamento materno muito menos o manejo porque eles nem sabem fazer manejo, as vezes eu tenho que resgatar um aleitamento materno que a mãe insegura por causa do médico [...]. (Nut 09, Informação verbal).

[...] não é porque começou a fórmula infantil que eu tenho que parar de insistir no aleitamento materno, só que é muito mais difícil combater orientações equivocadas dos médicos, pois as mães são frágeis e acreditam no médico o médico tem a credibilidade porque acompanha o filho dela e dá remédio que cura os sintomas do meu filho [...]. (Nut 09, Informação verbal).

[...] acriança não está evoluindo no ganho de peso ou são crianças que já saem da maternidade com fórmula infantil ou vem com carta da maternidade, e a mãe tem todo o discurso de que me falaram lá no hospital, o médico deu a receita, mas as famílias entendem que a prefeitura tem o dever de fornecer [...]. (Nut 16, Informação verbal).

As crianças prematuras os médicos já nem consideram o aleitamento, muitas delas perdem o direito do aleitamento materno, é uma pena porque estas são as mais vulneráveis e vão ficar susceptíveis a quaisquer doenças oportunistas por se alimentarem dessa fórmula infantil muito cedo [...]. (Nut 15, Informação verbal).

[...] percebemos que uma coisa vai levando à outra, essas crianças que são prematuras vão direto para a fórmula infantil, o médico que instrui a mãe e consequentemente vão ficar internadas em UTIs [...]. (Nut 06, Informação verbal).

[...] aí a criança nasce e o médico já prescreve a fórmula infantil para criança já sair da maternidade com a fórmula infantil e pedir o leite no posto no meu ponto de vista é isso mesmo e é uma máfia isso [...]. (Nut 05, Informação verbal).

[...] quando a criança está obesa, nem precisa do nutricionista a mãe se enche de orgulho de ver o bebê gorducho, e a enfermagem e até o médico não percebe o problema, acho que não entendem que isso é grave [...]. (Nut 18, Informação verbal).

[...] eu sempre creio que provavelmente o médico prescreveu neocate porque não sabe nem o que é o protocolo, e nem as regras, porque tem sido comum

criança com esta prescrição, nem consideram qual é a primeira conduta, qual é o sinal clínico que temos como regras no nosso protocolo [...]. (Nut 14, Informação verbal).

[...] daí as mães começam a usar a fórmula infantil porque o médico disse que tem que usar, e quando as mães começam a seguir veem que dá resultado na balança no peso da criança, saem da unidade louvando a Nestlé [...]. (Nut 17, Informação verbal).

[...] o desmame precoce tem influência em todos os agravos nutricionais e neste contexto é mais complexo pois é muito comum que esta criança saia da maternidade com receita medica de fórmula infantil e isso já foi falado, e os hospitais ignoram totalmente [...]. (Nut 01, Informação verbal).

[...] problemas de falta de cuidado da família, questões sociais, é uma série de coisas, daí não tem como instruir a mãe para o aleitamento materno, é melhor que a criança tenha acesso a fórmula infantil é um caos social [...]. (Nut 18, Informação verbal).

[...] vamos supor a mãe não amamentou aí normalmente ela não dá fórmula infantil, ela começa dando e depois não dá conta de comprar, então começa com leite de vaca antes de 4 meses, a gente vê um monte de problemas com essas crianças especialmente intestinais e de desenvolvimento [...]. (Nut 17, Informação verbal).

[...] e ninguém sabia que eu fazia isso, eu dou sempre um jeito, ligo para todo mundo, mas resolvo, demora de mais a resposta dos processos, uma vez eu atendi um menininho que ele precisava usar fórmula infantil de aminoácido, eu dei uma que estava sobrando que consegui, passou dois dias a mãe veio e falou meu Deus do céu parece que você tirou com a mão, muito obrigada menina você salvou meu filho [...]. (Nut 07, Informação verbal).

5 DISCUSSÃO

Para melhor compreensão, optou-se pela reordenação das classes de maneira a compor textos integrados. Foram elaboradas figuras esquemáticas representando os elementos de vulnerabilidade encontrados nesta pesquisa mediante a interpretação das classes, assim a figura traz como palavra central o termo mais frequente e os elementos encontrados como circundantes a este termo.

5.1 A MÃE E A FAMÍLIA: DO POTENCIAL DO CUIDADO AOS ELEMENTOS DE VULNERABILIDADE PARA AGRAVOS NUTRICIONAIS

FIGURA 12 – ESQUEMA GRÁFICO DOS ELEMENTOS DE VULNERABILIDADE REFERENTES À DISCUSSÃO DA CLASSE 4



Fonte: A autora (2015).

A controvérsia entre o desejo, a autonomia e a autoridade social da mãe ao alimentar seu filho é pautada em um discurso baseado na condição socioeconômica

e respaldado pelas políticas de saúde, as quais por sua vez, incentivam a alimentação saudável tal como o aleitamento materno, de maneira verticalizada e obrigatória. (KALIL; COSTA, 2014).

Neste arcabouço, o desejo materno de “não querer amamentar” é uma situação apontada pelos profissionais desta pesquisa como “atitude inadequada de uma mãe. No entanto, é necessário compreender os motivos desta mãe, para então intervir, já que as escolhas são expressas pelas suas representações sociais provenientes de experiências anteriores, em especial com outros filhos, fato que atribui simbolismos a determinados alimentos ou via de alimentação. (MAIS et al., 2014).

A escolha, preparo e oferta dos alimentos que as mães e/ou cuidadores seguem, tem uma lógica particular e contextual, construída historicamente, já que estes apreendem e reinterpretam os discursos técnicos nos termos da sua cultura e excluem informações que não cabem à sua realidade social. (LIMA et al. 2014).

As estruturas sociais vivenciadas pela mãe, muitas vezes geram conflitos familiares e consequente desaprovação social sobre suas decisões individuais, o que interfere na atuação, posição e autonomia materna com relação ao cuidado de seu filho. (LIMA et al. 2014)

Ações de promoção da saúde e prevenção de agravos devem acompanhar a realidade objetiva da sociedade e dos grupos sociais, atribuindo assim maior discussão para compreensão de questões complexas como a ocorrência do desmame precoce pelo desejo ou pela condição de saúde materna. (SILVEIRA; PEROSA; CARVALHÃES, 2012).

Esta condição, cada vez mais atual, parece não ser compreendida por parte da sociedade, e reflete, sobretudo, na atuação dos profissionais de saúde, já que para os participantes da presente pesquisa, a escolha da mulher está pautada no desejar, no não querer e dar, desde o ato de amamentar, a oferta ou preparo de alimentos, o que faz surgir críticas dirigidas às mães. Especialmente se estes alimentos oferecidos forem industrializados de preparo rápido e não saudáveis, muitas vezes desconsiderando as mudanças do modelo alimentar e de papel social materno.

A presente pesquisa aponta ainda outro elemento relativo à mãe: a saúde materna, referida pelas participantes com relevância pois interfere no atendimento das demandas de cuidado, dentre estas a alimentação. A depressão materna ocorre na maioria das vezes nos primeiros meses da criança e no puerpério, o que afeta principalmente na prática do aleitamento materno. (VITOLLO et al., 2007).

Existe a associação significativa entre ansiedade pela maternidade e as inúmeras atividades imbuídas à mãe com a depressão puerperal e sua ligação com o risco ao desenvolvimento infantil, o que indica a necessidade de inserção de políticas públicas de prevenção, acompanhamento e tratamento de tais questões. (FLORES et al., 2012).

Estes aspectos, quando compreendidos, permitem a reflexão das atitudes, escolhas e decisões maternas, direcionando de maneira mais efetiva o foco das atividades de promoção da saúde e prevenção de agravos nos quais devam ser considerados aspectos individuais e de interesse social materno, sobretudo em situações adversas como a ausência de rede de apoio e/ou as condições socioeconômicas desfavoráveis. (LIMA et al., 2014).

O trabalho materno é referido pelos participantes deste estudo de maneira contraditória, tanto como precursor de afastamento do lar e, conseqüentemente, no cuidado integral dos filhos, promovendo a mudança do modelo alimentar, quanto no empoderamento da mulher e de sua família.

Estes aspectos geram conflitos na vivência da maternidade, como a insegurança da mulher precedida da ausência de escuta e intensa responsabilização social, o que traz a esta a fragilidade da sua autonomia, aspecto que deve ser reconhecido a fim de encorajar a família e rede de apoio a apreender e auxiliar de modo qualificado no cuidado da criança, prevenindo assim, desgastes emocionais maternos que tragam prejuízos na saúde integral do binômio mãe e filho. (LIMA et al., 2014).

O avanço do papel feminino em direção ao mundo do trabalho e a outras conquistas pessoais “não familiares” repercute como condição favorável para o cuidado infantil quando esta mãe possui emprego remunerado que permite vivência em ambientes interpessoais, sobretudo quando neste espaço são garantidos os direitos da mulher mãe trabalhadora em todos os seus aspectos, tais como o direito à amamentação. (D’AFFONSECA; CIA; BARHAM, 2014).

O trabalho materno leva à melhora da saúde física e mental da mulher, o que a deixa mais disposta para participar na educação e cuidado dos filhos, sem a responsabilidade de estar com eles a todo o momento, mas estando mais segura para solicitar a participação de outros elementos da família ou sociedade, sejam eles amigos, pais, avós, tios e tias nas rotinas domésticas, dentre estas o cuidado alimentar de seus filhos. (D’AFFONSECA; CIA; BARHAM, 2014).

Neste contexto, as orientações profissionais devem reconhecer se houver a presença de cuidados oferecidos pela família nuclear ou extensa, desde a cultura, hábitos até a influência que a mídia de alimentos tem na composição da alimentação da criança. (LIMA et al., 2014). Tais aspectos geram maior impacto em lares chefiados por mulheres mães, que tenham trabalho informal com menos de quatro anos de estudo. (SILVA et al., 2015).

Uma situação imbuída de preconceitos que recai sobre a mãe, um encargo desfavorável perante os seus espaços sociais, potencializado ainda pelas impossibilidades de escuta e compreensão da motivação real sobre estas escolhas, que por vezes está pautada na necessidade de se ausentar para poder sustentar seus filhos. (D’AFFONSECA; CIA; BARHAM, 2014). Este contexto, mesmo sendo uma situação vivida amplamente pela mãe trabalhadora, é pouco discutido nos serviços de saúde. (LIMA et al., 2014).

A responsabilização materna relativa ao cuidado de saúde perpassa em esta exercer, compreender e praticar os aconselhamentos nutricionais dispostos nas diretrizes de cartilhas e protocolos de atenção à saúde, já que muitos destes documentos são baseados em condições biológicas refletidas, por sua vez, na atuação dos serviços de saúde com o indivíduo e a sociedade, o que traz um distanciamento entre a tríade profissional de saúde, mãe e a sua relação com a sociedade, diminuindo, destarte, possibilidades de repercussões positivas para o cuidado alimentar, gerando desdobramentos prejudiciais à saúde da criança. (MOURA et al., 2014).

Assim, a importância do papel social da ‘mulher mãe’ é vista como essencial na produção e no provimento de cuidados em saúde e é reconhecida e perpetuada através dos tempos de modo acrítico, dentro de uma tendência de adoção de cuidados que vão de mínimos aos mais abrangentes, que sintetizam aspectos materiais, afetivos e sociais, sem, no entanto, uma discussão em termos concretos e sustentáveis com vistas ao incentivo e construção de novos papéis, arranjos e modelos de família com igual importância para o cuidado da criança. (MOURA; LUZIO, 2014; SIMÕES; 2013)

Neste contexto, a família e a sociedade podem interferir no modo da mãe se relacionar com a criança, promovendo a construção de vínculos sustentáveis. Por outro lado, e com a mesma intensidade, pode ocorrer a desautorização materna a ponto de produzir elos frágeis entre mãe e filho, em especial se esta criança for fruto

de uma gravidez indesejada e se esta mãe for adolescente. (MOURA; LUZIO, 2014; SIMÕES; 2013).

Esta relação mais próxima entre a sociedade e a mãe pode contribuir para que as famílias se modifiquem, provocando novas constituições de papéis a todo momento, fato que leva a criança a circular por muitos ambientes, perceber e ascender espaços e relações de poder, o que pode interferir no processo de cuidado e educação em meio de divergências e conflitos familiares. (DORNELLES; ANTON; PIZZINATO, 2014).

Para tanto, reconhecer as práticas alimentares como as potencialidades e as vulnerabilidades, pode interferir positivamente no cuidado alimentar infantil, subsidiando as escolhas, em especial em casos de famílias que vivam em condições sociais desfavoráveis. Para Campos, este aspecto configura um caminho possível para o ajuste na alimentação da criança, prevenindo assim a constituição de interferências negativas e valorizando as interferências positivas. (CAMPOS, et al., 2014).

Os hábitos alimentares da família são imersos de mitos, tradições e saberes populares, situação que necessita de discussão e reconhecimento de todos os envolvidos no cuidado alimentar de crianças, em especial as menores de dois anos, fase esta de maior vulnerabilidade. (SIMÕES, 2013).

Deste modo são necessárias, ainda, mudanças na organização de estratégias de construção de políticas públicas e diretrizes dos serviços e ações de alimentação e nutrição, para que sejam cada vez mais amplas e que reconheçam as potencialidades e dificuldades do cuidado alimentar vivenciadas pelas famílias em todos os níveis de atenção, desde as ações educativas de prevenção até as medidas curativas de alta complexidade. (SILVA et al., 2015).

Estas ações devem inclinar para condutas reflexivas considerando os múltiplos aspectos circundantes da ocorrência de agravos nutricionais, em especial na atenção primária, na qual o nutricionista exerce a atividade de aconselhamento nutricional no âmbito individual e coletivo, e vivencia a relação dialética entre a contradição imposta pela realidade social objetiva e as diretrizes do sistema de saúde. (KULWA et al., 2014).

Assim, é relevante o reconhecimento de obstáculos e potencialidades do aconselhamento nutricional, quando ampliado a saberes populares, destacando como potencial a melhora no desempenho técnico dos profissionais de saúde, a adoção de

práticas alimentares saudáveis pelos cuidadores com melhora no estado nutricional das crianças e repercussão positiva na rede de apoio social com a mudança de hábitos alimentares relacionados a mitos e hábitos alimentares inadequados. (KULWA et al., 2014).

Como condição de fragilidade, tem-se a falta de tempo para capacitação qualificada e dificuldade de cuidadores e outros profissionais de saúde quanto à alimentação complementar saudável em consonância com a (SAN), situação que revela a dificuldade quanto à prática social da alimentação saudável de maneira continuada e sistêmica e em rede. (KULWA et al. 2014).

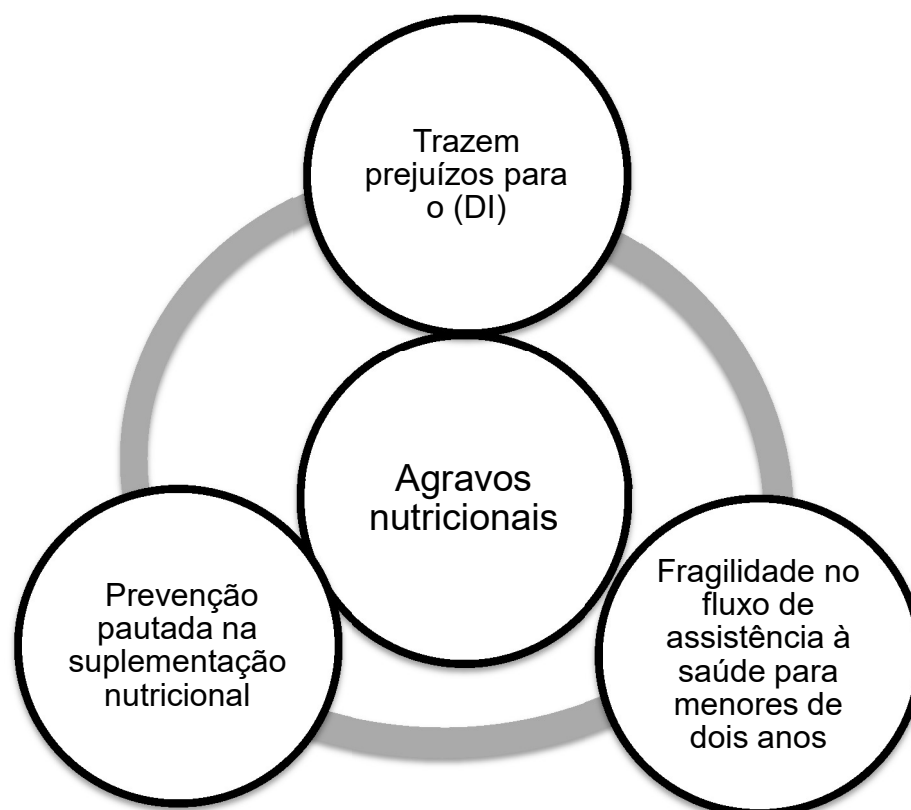
Essas evidências reafirmam a importância da incorporação de ações de aconselhamento em alimentação infantil amplas, e encorajamento na resolutividade dos aspectos negativos com vistas a minimizá-los com práticas permanentes de promoção da saúde presentes na agenda mínima das políticas de atenção à saúde da criança, para todos os envolvidos com o cuidado alimentar de menores de dois anos. (CAMPOS, et al. 2014).

Ressalta-se a importância de políticas públicas e legislações que sejam aplicadas de forma paralela a este modelo e que tragam o incentivo à alimentação saudável no conjunto da realidade social, principalmente com o controle das propagandas de alimentos não saudáveis destinados a crianças e adolescentes, como medida preventiva imediata para a promoção da saúde e prevenção e agravos em especial com foco nas necessidades de saúde e em consonância com a ocorrência mais evidente de prioridade com base epidemiológica. (LIMA et al., 2014).

Assim, arranjos e movimentos dinâmicos das estruturas sociais e familiares são fatores determinantes em questões de saúde coletiva, que devem ser reconhecidas pelas equipes de saúde, como medida preventiva e multiplicadora como forma de alerta social sobre o cuidado alimentar infantil, já que a sociedade se organiza em torno do consumo como uma maneira de adquirir prazer e satisfação pessoal, o que não é diferente na escolha da alimentação, pois aparentemente os objetos e bens proporcionam a resolução de insatisfações e frustrações, sobretudo em famílias vulneráveis socialmente e com baixa escolaridade. (MOURA; LUZIO, 2014).

5.2. OS AGRAVOS NUTRICIONAIS DE MENORES DE DOIS ANOS NA ROTINA DO CUIDADO EM SAÚDE

FIGURA 13 – ESQUEMA GRÁFICO DOS ELEMENTOS DE VULNERABILIDADE REFERENTES À DISCUSSÃO DA CLASSE 5:



Fonte: A autora (2015).

No Brasil, os cuidados para a criança são prioritários nos serviços de saúde, condição sustentada pelo ECA e que reforça o compromisso de promover o bem-estar e saúde a estes sem quaisquer prejuízos a outros direitos. (SILVA et al., 2013; MENEZES et al., 2014).

Estes cuidados devem estar baseados em Políticas Públicas acessíveis e estruturadas a todos os níveis de atenção com atendimento humanizado e amplo, com vistas à garantia plena do desenvolvimento humano. (SILVA et al., 2013; MENEZES et al., 2014).

Ancorado nestas prerrogativas, os resultados desta pesquisa sugerem que além de outras condições multifatoriais, a ocorrência de agravos nutricionais advém especialmente da ausência de Políticas Públicas específicas para menores de dois anos. Esta condição evidencia ponto relevante de contradição entre o serviço que se deve oferecer e o que está sendo oferecido no cenário de nossa pesquisa. (SILVA et al., 2013; MENEZES et al., 2014).

Esta situação pode estar relacionada a dinâmicas próprias do setor saúde, que não ocorre de maneira isolada no cenário deste estudo, mas que tem exposto e fragilizado a saúde infantil em todo o território nacional, com a priorização de práticas curativistas e emergenciais como Políticas de Atenção. (CHOR; MENEZES, 2011).

Fica evidente, a partir destes achados, a necessidade de reordenação da atenção à saúde infantil com fluxos para o cuidado baseados em um discurso dialético entre o profissional de saúde e a sociedade, sobretudo, os resultados desta pesquisa trazem a preocupação com as crescentes inadequações e intercorrências alimentares atuais e a ausência de perspectiva de ações efetivas para menores de dois anos a curto prazo, revelando a inquietação com a urgência dos casos de difícil resolubilidade que chegam até as mãos destes profissionais. (RAMAKRISHNAN; GOLDENBERG; ALLEN, 2011).

Existe, ainda, latente expectativa dos nutricionistas pela criação de um protocolo de consulta ou de atenção à alimentação e nutrição para a primeira infância, utilizando técnicas de aconselhamento nutricional baseadas nas prioridades em saúde. Assim o contributo serviria para a qualificação do atendimento dessa população, possibilitando um diálogo mais efetivo entre nutricionista e mãe/cuidador e promovendo o enfrentamento conjunto dos problemas alimentares existentes. Esta é a expectativa destes profissionais na busca de respostas para problemas que hoje se mostram insolúveis. (FIGUEREDO et al., 2015).

Os agravos nutricionais considerados de difícil resolubilidade e de maior magnitude são as anemias, deficiências de micronutrientes, alergias e inadequações extremas de peso com destaque para a obesidade. Outros fatores, como elementos de vulnerabilidade na perspectiva dos nutricionistas, são a intensa diversidade de ambientes em que a criança participa ou está exposta, configurando a multidimensionalidade dos agravos, pois envolve muitos significados e uma série de tangentes, biológicas, sociais e políticas de destaque nesta pesquisa. (SILVA et al., 2013).

Com a intensão de solucionar estes problemas, alguns municípios brasileiros adotaram ações iniciais de suplementação profilática e múltipla com micronutrientes essenciais na gestação e para crianças, assim como a complementação e acesso a alimentos industrializados como fórmulas infantis para estes em condições de risco. Este modelo de assistência emergente pode desconsiderar aspectos globais e contextuais da alimentação, já que a suplementação tem efeitos positivos para o

crescimento linear da criança, porém, dependendo do esquema de suplementação adotado, a representação social das comunidades e os diversos modelos de assistência alcançam resultados pouco efetivos e tiram o foco de ações mais amplas como o cuidado alimentar e nutricional adequado e em consonância com a SAN. (RAMAKRISHNAN; GOLDENBERG; ALLEN, 2011).

Assim a preocupação atual do setor saúde perante a resolutividade dos agravos nutricionais prevalentes na infância deveria ser problematizador e contextual com vistas à melhoria da qualidade e amplitude da assistência e a interlocução com outras Políticas de acesso, unidas a um modelo de atenção voltado à prevenção e promoção da saúde oferecidas à população ainda no pré-natal, com o objetivo de promover boa alimentação nutrição e saúde a qualquer tempo. (ADAIR et al., 2012; VICTORA et al., 2011).

Destarte, estas medidas e os modelos de atenção voltados à prevenção de agravos nutricionais ainda devem considerar a construção histórica da sociedade e rever os resultados destes, já que medidas profiláticas emergenciais tomadas nas décadas de 70, 80 e 90 para o combate da desnutrição, como o enriquecimento e fortificação de alimentos, refletem na adesão a orientações nutricionais nos dias atuais, especialmente para crianças menores de dois anos. (CHOR; MENEZES, 2011).

Estas práticas estão cercadas de contradições, uma vez que a representação social do cuidador sugere que crianças com sobrepeso e obesidade são ainda sinônimos de “bebês com muita saúde”. Este achado é refletido na orientação nutricional de famílias e expõe a resistência destas em restringir ou escolher alimentos para seus filhos, já que o acesso a alimentos adequados é efetivo a quem compreende a importância destes. (VICTORA et al., 2011).

Esta contradição do que é ser saudável afeta de maneira direta todos os níveis sociais e, para isto, seria necessário que o profissional de saúde compreendesse as expectativas e experiências da sociedade para, a partir deste compor novas estratégias em todos os níveis de atenção à saúde. ((RAMAKRISHNAN; GOLDENBERG; ALLEN, 2011).

Os participantes deste estudo ainda mostram a preocupação, porém pouco direcionamento para atividades que reconheçam as diversidades e vulnerabilidades relativas à nutrição de menores de dois anos, já que a ocorrência de índices de magreza extrema, especialmente pela prematuridade recorrentes no cenário desta

pesquisa e conferidos neste estudo, parecem não mais chamar tanta a atenção quando comparados aos índices atuais de sobrepeso e obesidade. (ADAIR et al., 2012; VICTORA et al., 2011).

As características biológicas de menores de dois anos, reconhecidas cientificamente, sugerem um cuidado específico para a erradicação da desnutrição e das deficiências de micronutrientes com vistas ao adequado desenvolvimento humano. A desnutrição infantil é um importante problema de saúde pública, pois pode comprometer o crescimento e desenvolvimento das crianças de modo irreversível. (ADAIR et al., 2012; VICTORA et al., 2011).

Desta forma, o uso de avaliadores físicos e antropométricos auxiliam na análise e adequação destes, com destaque ao Sisvan como ferramenta contínua de análise e avaliação de ocorrência de agravos, assim como programas de intervenção rápida junto à criança desnutrida (DIJKHUIZEN et al., 2008;). Tais avaliadores devem, com seus dados, estimular a criação de Políticas Públicas ao mesmo tempo em que ocorre ações de reabilitação nutricional emergenciais ainda antes do nascimento e até os dois anos da criança (RAMAKRISHNAN, GOLDENBERG, ALLEN, 2011).

Nesta perspectiva, Barker e colaboradores afirmam que o ambiente em que o feto se desenvolve e a quantidade e qualidade dos alimentos que a mãe consome durante a gestação influenciam no peso ao nascer e, portanto, interferem na susceptibilidade da criança para doenças crônicas durante a vida adulta. Estes estudos afirmam, ainda, que seres humanos que nasceram pequenos ou grandes para a idade gestacional têm uma maior tendência de desenvolver obesidade quando adultos. (VICTORA et al., 2011).

Assim, garantir um fornecimento adequado de uma dieta completa e balanceada durante e após a gravidez deve ser uma prioridade para a saúde pública mundial, indo além da suplementação e possibilitando o acesso à boa alimentação. Dessa forma, está expressa a importância dos primeiros 1000 dias da criança para sua saúde futura, os quais elevam cada vez mais a importância da nutrição e saúde ideais na gestação para a construção de uma sociedade saudável e igualitária. (ADAIR et al., 2012; VICTORA et al., 2011; PARLEE; MACDOUGALD, 2014).

Diante destes resultados, os participantes relatam a importância de algumas Políticas Públicas e inferem a estas alguns resultados efetivos para a condição de saúde de menores de dois anos no cenário desta pesquisa: A Rede Cegonha (RC), que garante acesso facilitado e universal ao pré-natal de qualidade e a Rede

Amamenta Alimenta Brasil (RAAB), que de maneira mais participativa propõe, mesmo que breve, discussões acessíveis e dialéticas com toda a equipe de saúde, atualizando e trazendo novas recomendações sobre o tema da amamentação e alimentação complementar. (PEDRAZA, 2014).

Estas considerações possibilitam repensar a adequação e organização de fluxos de trabalho e a criação de outros mais amplos para além da demanda, o que auxiliaria no trabalho do profissional de saúde e na sua satisfação com o trabalho desempenhado. (PEDRAZA, 2014; SZAJEWSKA, 2011).

Sugere-se ainda, que estes fluxos sejam cada vez mais intersetoriais e que promovam um redimensionamento do número de profissionais e das atividades desempenhadas para o tratamento dos agravos nutricionais, pois fica evidente que a garantia da consulta para medidas curativas quando o agravo já está instalado não tem dado resposta positiva necessária para o cuidado a agravos em menores de dois anos, segundo os participantes deste estudo. (PEDRAZA, 2014; SZAJEWSKA, 2011).

Nesta pesquisa pode-se observar a necessidade de maior interlocução dos serviços para atendimento da saúde infantil, bem como a criação de fluxos de atendimento rápido de casos graves. Para tanto, os indicadores de saúde demonstram que ainda falta um longo caminho a percorrer para garantir às crianças brasileiras o direito integral à saúde, como assumido em nossas leis. (VICTORA et al., 2011; ADAIR et al., 2012).

Então, o que falta é um esforço concentrado na organização da assistência à população infantil, que contemple desde o primeiro atendimento da gestante nas unidades básicas de saúde até a completa introdução de alimentos para a criança, e que a equipe possa compor uma agenda mínima de atenção à criança mesmo àquelas fora de risco, entendendo que os agravos nutricionais são a resposta final de evidências clínicas e modos de vida não adequados, ampliando assim a concepção do risco e das vulnerabilidades para agravos nutricionais em menores de dois anos. (SZAJEWSKA, 2011).

5.3. VULNERABILIDADES E POTENCIALIDADES DO USO DA FÓRMULA INFANTIL

FIGURA 14 – ESQUEMA GRÁFICO DOS ELEMENTOS DE VULNERABILIDADE REFERENTES À DISCUSSÃO DA CLASSE 6



Fonte: A autora (2015).

A alimentação e nutrição são condicionantes da saúde e da vida humana, garantida e promulgada há 50 anos pela Declaração Universal dos Direitos Humanos e reafirmada em 1966 pelo Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais mundiais. (MARCON; MACHADO; MORETTI-PIRES, 2013; SCHIEFERDECKER et al., 2014).

O Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) é o direito inerente a todas as pessoas de ter acesso regular, permanente e irrestrito, quer diretamente ou por meio de benefícios financeiros, a alimentos seguros e saudáveis, em quantidade e qualidade adequadas e suficientes, correspondentes às tradições culturais do seu povo e que garantam a vida livre do medo, digna e plena nas dimensões física e mental, individual e coletiva. (CONSEA, 2007, p.06).

No cenário desta pesquisa se observa a constante preocupação com as diretrizes do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA), já que este é o direito de estar livre da fome e ter acesso à alimentação adequada. A realização do DHAA é de fundamental importância para a garantia de todos os direitos humanos, dentre estes a amamentação, que é o primeiro direito essencial relativo à vida humana.

(MARCON; MACHADO; MORETTI-PIRES, 2013; CACAU; TAVARES; NUNES, 2015).

Neste sentido o poder público tem a obrigação de respeitar, proteger, promover e prover o DHAA da população. (CONSEA, 2007). Um Estado deve prover o DHAA, em especial a determinados indivíduos ou grupos, por meio de transferência de renda básica, entrega de alimentos em conformidade com as especificidades de cada grupo, população ou comunidade ou, ainda, outros planos de seguridade social, questão esta que insere responsabilidades a todos os envolvidos com o cuidado alimentar e nutricional. (MARCON; MACHADO; MORETTI-PIRES, 2013; CACAU; TAVARES; NUNES 2015).

Dessa forma, existem condições de saúde que precisam ser priorizadas e embasadas pelas políticas públicas no prover e proteger o DHAA, dentre estes a alimentação para indivíduos que possuem necessidades alimentares especiais, como pacientes que se alimentam por vias alternativas de alimentação e que possuem restrições, intolerâncias e alergias alimentares. (CONSEA, 2007; MARCON; MACHADO; MORETTI-PIRES, 2013; CACAU; TAVARES; NUNES 2015).

Desse modo, contradições entre o direito e o acesso são observadas nesta pesquisa, em que o DHAA é expresso como dever do Estado junto de uma preocupação com aspectos relativos aos agravos prevalentes e o custo destes para o sistema de saúde. (MARCON; MACHADO; MORETTI-PIRES, 2013).

O poder público, na ansiedade de resolutividade, ainda busca alternativas imediatistas e pouco focadas nas causas e efeitos e centraliza seus esforços na distribuição indiscriminada de fórmulas e substitutos do leite materno, em meio ao emergente crescimento de alergias alimentares, já que esta é uma situação clínica que atinge com frequência menores de dois anos e pode estar relacionada ao desmame precoce. (CHADDAD, 2014).

O desenvolvimento de alergias pode ocorrer imediatamente ao nascer, nos primeiros dias da amamentação no caso da intolerância à lactose, alergias à proteína do leite de vaca e na introdução de alimentos concomitante à adaptação da alimentação complementar. (HFST; HALKEN; HOLMENLUND, 1995; CHADDAD, 2014).

A prevalência de alergia alimentar é maior nos primeiros anos e diminui ao longo da primeira década de vida. (SAMPSON, 1999). Também é mais frequente nos

indivíduos com doença atópica, embora, atualmente, existam muitos casos cuja ocorrência alérgica não está relacionada à doença. (CHADDAD, 2014).

Os alimentos causadores de intolerância e/ou alergia alimentar são: leite de vaca, soja, ovo, peixe, amendoim, trigo, milho, arroz e frutos do mar. (VANDENPLAS et al., 2014). Em geral, o leite de vaca é a primeira proteína estranha introduzida na alimentação da criança, sendo que a alergia à proteína do leite de vaca (APLV) é a doença alérgica alimentar mais comum da infância e de difícil tratamento, pois envolve mudanças consideráveis na alimentação da criança e na dinâmica de cuidado familiar. (CHADDAD, 2014).

O leite de vaca integral é também um dos grandes responsáveis pela alta incidência de anemia ferropriva em menores de dois anos no Brasil. Para cada mês de uso do leite de vaca, a partir do quarto mês de vida, ocorre queda de 0,2 g/dl nos níveis de hemoglobina da criança. (MIQUEL; ARANCIBIA; EUGENIA, 2013; VANDENPLAS et al., 2014).

O leite de vaca integral oferece desvantagens se comparado ao leite humano (LH), entre as quais o fato de ser pobre em ferro e zinco e com conteúdo excessivo de proteína e sódio. (VANDENPLAS et al., 2014). Portanto, não deve ser introduzido antes dos 12 meses de vida. Entre as manifestações clínicas do uso excessivo de leite de vaca integral está a anemia ferropriva. (CHADDAD, 2014).

Para tanto, os serviços de saúde em todos os níveis de atenção necessitam de atualizações contínuas de seus profissionais de saúde, assim como expresso pelas falas dos participantes desta pesquisa. A atuação dos pediatras, enfermeiros e nutricionistas estão cada vez mais correlacionadas, já que estes desempenham papel importante nas suas práticas diárias, na prescrição, cuidado e orientação da alimentação infantil adequada, sobretudo devem elevar e considerar todos os benefícios do aleitamento materno, problemas com a ingestão de leite de vaca integral como defesa da vida e saúde humana. (SCHINCAGLIA et al., 2015)

Programas que propõem a distribuição de leite de vaca integral são contraditórios, já que cientificamente são reconhecidos os efeitos nocivos do uso de leite de vaca em menores de um ano e existem poucas evidências de melhoria do quadro de saúde destas crianças, além de promoverem o desmame precoce. (WEFFORT, 2013).

Dessa forma, o incentivo à amamentação é ameaçado a todo instante, mesmo sendo o Leite Humano (LH) o padrão normativo para alimentação e nutrição de

menores de dois anos. Pesquisas mostram, a curto e longo prazo, as vantagens para o desenvolvimento neurológico e nutricional proporcionadas pelo aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida da criança e continuado até os 24 meses complementado. A seguir a recomendação da OMS:

O leite humano atende perfeitamente às necessidades dos lactentes, sendo, muito mais do que um conjunto de nutrientes, um alimento vivo e dinâmico por conter substâncias com atividades protetoras e imunomoduladoras. Ele não apenas proporciona proteção contra infecções (gastrointestinais, respiratórias, de vias aéreas superiores) e alergias como também estimula o desenvolvimento do sistema imunológico e a maturação do sistema digestório e neurológico (1,4), além de atuar na mãe com vários benefícios, inclusive facilitando a perda de peso pós-parto. (BRASIL, 2010, p.120).

Além do desmame precoce, Interferências na alimentação infantil como a inclusão de alimentos artificiais diariamente para a criança, incluindo as fórmulas lácteas e fórmulas infantis de partida – as quais, somente devem ser indicadas se houver contraindicações para amamentação – são muito recorrentes e contraditoriamente indicadas por profissionais de saúde. (MACHADO; ALVES, 2012; BRASIL, 2010).

Contudo, na prática profissional do cuidado da criança é importante que haja orientação direcionada e ampliada aos cuidadores, em especial às puérperas e sua família, antes de quaisquer intervenções na alimentação da criança, trazendo os benefícios da amamentação e os riscos à saúde do lactente pelo desmame em primeiro lugar, sempre com informações claras e com linguagem acessível e, se possível, popular. (BOSI; MACHADO, 2012).

Historicamente, a amamentação e a nutrição de menores de dois anos envolvem complexas redes de relações, nas quais participa um amplo conjunto de elementos e dimensões, como as crenças e significados atribuídos ao fenômeno em diferentes períodos da humanidade, entre outros aspectos específicos relacionados. Aponta-se, ainda, diversas estratégias utilizadas na alimentação infantil, em diferentes épocas e contextos sociais. (BOSI; MACHADO, 2012).

Estas estratégias trouxeram repercussões na tomada de decisão das mulheres em oferecer ou não o leite materno como alimento exclusivo para seus filhos, e estas condições são latentes e vivas nos diálogos entre gerações nos dias atuais. (WEFFORT, 2013).

A amamentação, por sua vez, passou com oscilações em diferentes momentos da história, obtendo destaque, atualmente, por meio de campanhas e políticas de

incentivo, o que sustenta que a oferta de fórmula infantil é tão antiga quanto a história da civilização humana e que o valor atribuído ao leite materno e às suas vantagens tanto nutricionais quanto afetivas apresentam certo destaque. (MACHADO; ALVES, 2012).

Outro achado importante desta pesquisa é o descontentamento do nutricionista em relação ao conteúdo dos protocolos de aleitamento materno pois, segundo os participantes da pesquisa, ainda são bastante ausentes estratégias de conscientização sobre a supremacia do aleitamento materno nas equipes das maternidades, já que é neste espaço, durante a consulta e na alta hospitalar, que de acordo com alguns participantes deste estudo, ocorre a maior parte da indicação de fórmulas e complementos alimentares. A indicação indiscriminada de fórmulas infantis prejudica a saúde do recém-nato, o que repercute para a vida deste. (POLTRONIERI et al., 2015).

Os participantes desta pesquisa trazem em suas falas que a indicação da fórmula infantil ocorre por diversos motivos, um deles é a ausência de tempo do médico para orientação da mãe e da família sobre os benefícios do leite materno. Este fato pode ser ancorado em pesquisa que aponta que quando o bebê chora excessivamente, o médico busca uma solução rápida, e o primeiro condicionante de choro parece ser atribuído pela “fome”. Logo, esta prática parece dispensar a amamentação e inclui outra via para a alimentação. (POLTRONIERI et al., 2015).

Esta é uma contradição que se mostra como um desafio, já que profissionais capacitados e sensíveis aos benefícios do leite materno agem contrários a estes imediatismos, e com isso garantem a maior parte da lactação e, em alguns casos, a relactação de casos de desmame, os participantes afirmam que esta fragilidade não é só reflexo de ausência completa de informação médica sobre a amamentação, mas sim de um arcabouço maior relacionado ao mercado de fórmulas infantis. (MARCON; VIEIRA; MORAIS, 2014; POLTRONIERI et al., 2015; LIMA et al., 2014).

O mercado de substitutos do leite tem promovido o “desempoderamento” materno e consequente desapropriação do ato de alimentar o filho, deixando para a indústria o guiar de suas vidas e de suas escolhas. (POLTRONIERI et al., 2015; LIMA et al., 2014). O ato de amamentar ou não no peito, a despeito da expressão biológica, decorre de processos multifatoriais e está relacionado ao comportamento, sendo esta uma variável relevante a ser considerada nas campanhas de incentivo e promoção do

aleitamento materno, já que esta prática é deveras histórica e culturalmente condicionada a transformações sociais. (MARTINS; PAÇO; RODRIGUEZ, 2013).

5.4. A ATENÇÃO E ASSISTÊNCIA NUTRICIONAL NO ÂMBITO DO SUS

FIGURA 15 – ESQUEMA GRÁFICO DOS ELEMENTOS DE VULNERABILIDADE REFERENTES À DISCUSSÃO DA CLASSE 1



Fonte: A autora (2015).

Com as transformações econômicas e sociais, crescem doenças próprias do “viver nas cidades”, resultantes das transformações sociais e culturais do mundo pós-moderno, decorrentes de um modo de vida que em nada favorece a saúde das pessoas e das comunidades, com o aumento expressivo das doenças crônico-degenerativas. (DUTRA, 2011).

Desta forma, as cidades brasileiras, sobretudo as capitais, como o cenário deste estudo, são a expressão desta conjuntura socioeconômica. (LEFEVRE; LEFEVRE, 2004; MACEDO, 2015). Curitiba, como um grande centro urbano, converge a estes achados, já que agravos relacionados ao “viver nas cidades” apresentam, entre outros males, índices de agravos relacionados ao excesso de peso advindos da má alimentação, refletidos pelos indicadores de sobrepeso e obesidade

em todas as faixas etárias, condição responsável pelo aumento do número de mortes em decorrência de doenças metabólicas. (DUTRA, 2011; PIMENTA; PEREIRA, 2014).

Essas transformações do mundo contemporâneo, portanto, impactam de maneira significativa no campo da saúde, tanto no processo saúde-enfermidade de indivíduos e coletividades quanto dificultam a instrumentação de modelos teórico-metodológico dos serviços de saúde. (PIMENTA; ROCHA; MARCONDES, 2015).

Contudo, os participantes desta pesquisa trazem em seu discurso que a prática sanitária hegemônica ainda está baseada no modelo biomédico do atendimento a sintomas baseados na medicalização, suplementação e individualização. Este modelo mostra-se cada vez mais ineficaz para o enfrentamento da conhecida complexidade dos quadros sanitários presentes (LEFEVRE; LEFEVRE, 2004; PIMENTA; ROCHA; MARCONDES, 2015).

Este aspecto está relacionado à intensa insatisfação dos participantes da pesquisa com relação à resolutividade da sua atuação na atual proposta do NASF, pois mesmo com o desenvolvimento tecnológico, o espaço de trabalho e a produção e reprodução do conhecimento e o acesso de bens e serviços disponíveis para o cuidar em saúde coletiva, por diversos desdobramentos, tem sido parcial e pouco intersetorial e multiprofissional. (BOM KRAEMER et al., 2014).

No Brasil, nas atividades desenvolvidas pelos nutricionistas do NASF, observa-se a transição de um modelo de assistência primária centrado no atendimento individual para um que prioriza o atendimento em grupo, porém esta mudança ainda não ocorre no cenário desta pesquisa. (CERVATO-MANCUSO et al., 2012)

O NASF tem como perspectiva o trabalho multidisciplinar e de apoio matricial, com vistas às ações de promoção e prevenção de agravos nutricionais por meio de plano de ação baseado na agenda de prioridades, discutida e avaliada pela esfera local e apoiadas pela gestão municipal. (CERVATO-MANCUSO et al. 2012).

Em muitos casos, se o objetivo é proporcionar a melhoria da saúde com mudança de hábitos do indivíduo e das comunidades, o discurso normativo e escolástico ganha espaço, sobra pouco tempo para atividades coletivas e os resultados não são satisfatórios. (BOM KRAEMER et al., 2014). Para tanto, deve-se, de maneira crítica, observar como o profissional de saúde atua na função de aconselhador e educador, pois ele orientaliza saberes técnicos já que pouco percebe os saberes populares. (CARVALHO et al., 2014).

Nesta pesquisa encontramos estas relações no discurso dos participantes no dia a dia do seu trabalho, pois para estes nutricionistas, o cuidado alimentar tem como maior dificuldade a adesão do usuário, o que torna imprescindível a reestruturação e construção de Políticas Públicas e modelos de atenção que promovam maior relação entre os envolvidos no cuidado em saúde, sobretudo na atenção primária e nas equipes do NASF.

Desta forma, os participantes desta pesquisa se veem, por vezes, solitários, pois sentem a ausência da multiprofissionalidade junto a psicólogos, enfermeiros, médicos e educadores físicos pela mudança de modelo de atenção pautada na demanda.

A formação profissional hegemônica e fragmentada a saberes únicos, e a adesão a protocolos e diretrizes moduladoras que de maneira individual são apoiadas pela indústria em forma de suplementos, módulos alimentares e medicamentos, refletem o isolamento de todos da equipe multiprofissional. (NUNES et al., 2015). Assim o nutricionista, muitas vezes imbuído de sua função e pela necessidade de resolutividade, enquadra-se em modelos biologicistas da atenção à saúde, mesmo atuando em NASF, mas percebe que este não é o caminho das ações coletivas, pois a demanda e as filas de espera só crescem e a promoção e prevenção são pouco incentivadas. (CERVATO-MANCUSO et al., 2012).

Este aspecto tem ainda mais agravantes, dentre os quais se destaca o desenfrear do sistema de consumo de alimentos processados e ultraprocessados, que traz uma condição problemática e de grande relevância a ser considerada pelas ações da Atenção Primária à Saúde: “a determinação social da doença do consumo”, que de alguma forma necessita ser enfrentada pelo serviço de saúde e pelos profissionais que atuam nele, apesar de ser uma questão que não se restringe somente aos limites do setor saúde. (CASEMIRO et al., 2015).

De acordo com a matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica, o nutricionista tem como proposta de trabalho, prioritariamente, a promoção da saúde e prevenção de agravos desde o apoio matricial às equipes de saúde e, por isso, deve considerar em sua agenda alguns momentos de atividades individualizadas, nas quais as ações podem ser desenhadas de acordo com as necessidades das populações. (CERVATO-MANCUSO et al., 2012). Alguns participantes da presente pesquisa relatam contradições entre o que se propõe as Políticas Públicas, matrizes e diretrizes

de saúde, e o que é possível atender e atingir pelos nutricionistas do NASF em nosso cenário de estudo.

Outro aspecto central apontado pelo nutricionista no NASF é que mesmo com toda a relevância social atual e abertura de espaço de atuação em todo o país, este profissional vive uma intensa relação conflituosa pela entrega e controle de suplementos e complementos como atividade central diária e a priorização da administração de Programas de Atenção Nutricional (PAN). Tal fato, segundo os participantes desta pesquisa, tem deturpado a verdadeira função do nutricionista do NASF e fragilizado a motivação destes para atuação mais integrada e resolutive.

Estas condições, acima citadas, são sustentadas pelo estudo de Junqueira, o qual traz a ausência do nutricionista nas ações coletivas e educativas sobre alimentação e nutrição, sobretudo para as equipes da US que ficam descobertas e vulneráveis quando necessitam orientar a população sobre estes temas, o que muitas vezes acarreta em orientações equivocadas que podem ser determinantes para a saúde do usuário. (JUNQUEIRA; COTTA, 2014).

Para tanto, as ações educativas devem compor a agenda das equipes multidisciplinares tanto dos integrantes do NASF como dos profissionais da UBS (COSTA et al., 2013), visto que a alimentação e nutrição se mostra abrangente e transversal, revelando a intensa possibilidade de agregação das equipes de saúde em torno do tema. (CASEMIRO et al., 2015).

Neste sentido, um ponto que merece destaque é a ausência de número suficiente de profissionais, o que gera a transferência constante de atribuição a outros elementos da equipe multidisciplinar e o desgaste do modelo adotado pelo sistema de saúde, no qual o atendimento do nutricionista é esperado pelo usuário, porém não garantido pelo sistema de saúde. (CERVATO-MANCUSO et al., 2012).

Neste sentido, é importante salientar que existe uma deficiência no quadro de nutricionistas de acordo com a necessidade identificada pela comunidade e setor saúde, sendo muitas vezes menor se comparada à recomendação do Conselho Federal de Nutricionistas (CFN). (CERVATO-MANCUSO et al., 2012).

As nutricionistas participantes deste estudo referem que na realidade atual do modelo de atenção à saúde, é frequente a ausência de profissionais motivados e capacitados e em número suficiente para atendimento das necessidades em saúde, desta forma referem sentir-se angustiadas por não conseguirem cumprir a agenda de

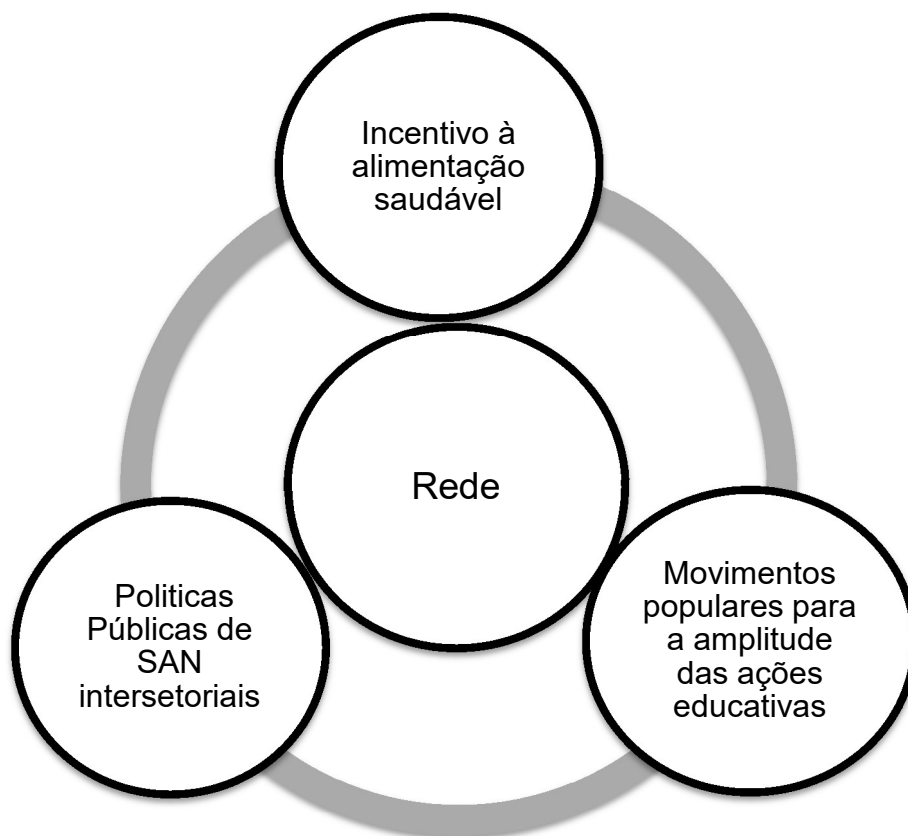
serviços, gerando sofrimento e afastamento de trabalho por questões emocionais e estresse.

Neste sentido, é evidente que algumas condições de saúde relativas ao excesso de trabalho afetam grande parte dos trabalhadores em saúde da ESF, onde a depressão e o afastamento são recorrentes. (TRINDADE, 2010).

Aspectos relacionados à demanda psicológica do trabalho estão fortemente associados às elevadas prevalências de distúrbios psíquicos. (CAMELO; ANGERAMI, 2004). Algumas condições de saúde, a exemplo da Síndrome de Burnout, caracterizada como o estresse laboral crônico e o esgotamento físico e emocional do trabalhador, pode ocorrer quando o indivíduo não possui mais estratégias para enfrentar os desafios recorrentes no trabalho. (LIPP, 2000).

5.5. A FRAGILIDADE DA REDE DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL NO ÂMBITO DO SUS

FIGURA 16 – ESQUEMA GRÁFICO DOS ELEMENTOS DE VULNERABILIDADE REFERENTES À DISCUSSÃO DA CLASSE 2



Fonte: A autora (2015).

Apesar das elevadas taxas de desnutrição e vulnerabilidade alimentar da população brasileira registradas ao longo da sua história mais recente, a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) passa a ser pautada nos textos das políticas públicas somente a partir dos anos 80. No entanto, há que se fazer um registro das contribuições fundamentais de Josué de Castro à temática, difundidas na primeira metade do Século XX e que sem dúvida têm uma repercussão importante na área das políticas públicas de alimentação e nutrição até os dias atuais. (CONSEA, 2007; BELIK, 2012).

Nesta perspectiva, no final da década de 1990 e início dos anos 2000, motivado pela mobilização popular e pelos resultados de estudos mais aprofundados sobre a insegurança alimentar existente no país (SAN), inicia-se a criação de projetos com vistas à realização de ações e políticas Intersectoriais de erradicação da fome e acesso digno à alimentação. (CONSEA, 2007). Nesse contexto é que surge o programa social Fome Zero (FZ), posteriormente denominado Estratégia Fome Zero, que teve um caráter transversal e integrou questões ligadas à agricultura, ao abastecimento, ao acesso à renda e à comida, à saúde, à educação, dentre outras. A referida estratégia pautou-se nos direitos dos cidadãos e nos deveres e responsabilidades do Estado contando com a atuação do âmbito governamental e com a participação social no seu monitoramento (VASCONCELOS, 2005; ALVES; ESCOREL, 2013).

Nesta mesma época, foram instituídos programas de proteção social com transferência de renda considerados importantes e com resultados expressivos e relevantes para a inserção social e erradicação da fome como o Programa Bolsa Família (PBF). Outro exemplo de ação exitosa com a garantia de acesso a alimentos de qualidade e em quantidade suficiente foi o Programa de Aquisição de Alimentos (PAA) da agricultura familiar e o seu repasse para instituições com pessoas em insegurança alimentar e nutricional, buscando-se a consonância com os princípios do Direito Humano à Alimentação (DHAA) e da Soberania Alimentar (SO). (ALVES; ESCOREL, 2013, CACAU; TAVARES FILHO; NUNES, 2015).

Apesar do caráter universalizante buscado pelas políticas de (SAN), é importante destacar que seus programas priorizaram as populações mais vulneráveis, mostrando que a fome não é uma questão isolada das demais questões sociais, mas que ao contrário, o DHAA, a Soberania Alimentar e a SAN vigoram como temas fortemente articulados à ótica dos direitos à saúde, à preservação do ambiente e ao desenvolvimento sustentável, nos quais a violência da fome, o aumento da obesidade

e as inadequações nutricionais são faces de uma dinâmica política e econômica atual cujos impactos extrapolam grupos ou fronteiras regionais e afetam o coletivo populacional independente de renda. (ALVES; ESCOREL, 2013, CACAU; TAVARES FILHO; NUNES, 2015).

Considerando esse contexto, é importante mencionar que participantes da pesquisa demonstraram o reconhecimento da importância da SAN e sentem a necessidade de contemplar em suas atividades essas ações intersetoriais, especialmente de acesso a alimentos saudáveis. Dentre os programas referidos pelos participantes, o PAA e outros diversos oriundos da Secretaria Municipal de Abastecimento (SMAB) como a UMSA - Unidade Móvel de Segurança Alimentar, demonstram uma efetividade e complementariedade com as ações de alimentação, nutrição e saúde, podendo ser desenvolvidas em parceria no âmbito da atenção básica, uma vez que chegam realmente em locais distantes das Unidades de Saúde. (ALVES; ESCOREL, 2013, CACAU; TAVARES FILHO; NUNES, 2015).

Para que a intersetorialidade possa de fato acontecer, o reconhecimento sobre as múltiplas possibilidades que as políticas de SAN podem vir a alcançar precisa ser considerado pelos gestores e por quem está na formação profissional. Um dos aspectos relevantes para o alcance da intersetorialidade é a formação adequada dos profissionais nessa perspectiva, sendo necessário contemplar na formação do nutricionista atuante na atenção primária o reconhecimento dos espaços, dos territórios e dos atores sociais que ali atuam e vivem, com vistas à construção de relações em rede e/ou sistêmicas, para o acesso à alimentação adequada da comunidade a ser assistida, configurando assim, um trabalho consoante com o saber e as necessidades do coletivo popular. (BASTOS et al., 2015).

Para tanto, torna-se essencial sensibilizar os profissionais da saúde, assim como foi relatado pelos participantes desta pesquisa, seja mediante a extensão universitária ou nas residências multiprofissionais já para-uma formação em saúde coerente com os princípios do SUS. (BASTOS et al., 2015).

Desta forma, a aproximação do profissional com a comunidade ocorre nas visitas domiciliares e atividades coletivas, assim como aquelas realizadas pelos participantes desta pesquisa, promove uma vivência do mundo real o que, por meio do vínculo, colabora no desenvolvimento de novas maneiras de pensar e fazer saúde, pois trabalham princípios da interdisciplinaridade nos espaços de articulação comunitária com o serviço de saúde. (LEITE et al., 2014).

Assim o profissional em formação pode estar mais próximo da necessidade popular, quando a “experiência” é vislumbrada como uma síntese metódica, manifestando-se dialeticamente em três momentos: O primeiro reúne as dimensões objetivas internas, subjetivas ou de ideias. O segundo momento inicia-se com a organização do grupo e das atividades nos chamados “círculos de cultura freirianos” que são espaços de análise do mundo dos sentidos, relacionado ao concreto percebido pelos indivíduos presentes e, o terceiro momento, é quando a “experiência” em educação popular se completa. (BASTOS et al. 2015).

Esta proposta pode direcionar ainda à produção de novos conhecimentos e implicações epistemológicas, importantes para a reflexão e formação dos nutricionistas ou à produção de bens de consumo, para a superação de situação de pobreza, para destruir ou continuar novas ações em desenvolvimento, para criar ou iniciar novos processos de organização política desses setores dialogantes. (CARNEIRO; BRANT, 2013).

Assim se observa a importância da indefinição conceitual e metodológica a respeito da promoção da saúde baseada no saber popular e a realidade familiar, pois esta é apresentada por objetos e finalidades que, por serem contraditórios quanto à dimensão, disseminação e oportunidades, acabam sendo determinadas sem articulação intersetorial, privando a amplitude de alcance e investimento político e financeiro. (CARNEIRO; BRANT, 2013).

Assim, são visíveis que os desafios para a promoção da saúde estão nos limites do financiamento das ações e parcerias intersetoriais, e o reconhecimento da amplitude do saber popular em que a visibilidade das ações integradas em espaço público poderia ser ampliada pela valorização destas e das considerações do agir em conjunto, incentivando a cidadania ao trabalhar de forma criativa e otimizando os recursos disponíveis.

5.6. O TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: LIMITES E POSSIBILIDADES E O DESAFIO DA INTERDISCIPLINARIDADE

FIGURA 17 – ESQUEMA GRÁFICO DOS ELEMENTOS DE VULNERABILIDADE REFERENTES À DISCUSSÃO DA CLASSE 3



Fonte: A autora (2015).

As ações de alimentação e nutrição no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) ainda visam à ampliação da qualidade dos planos de intervenção, em especial às doenças e agravos não-transmissíveis, no crescimento e desenvolvimento na infância, na gestação e no período de amamentação, evidenciando que a promoção de práticas alimentares saudáveis se constitui em um item importante em todas as fases da vida. (SANTOS, 2005).

Assim, socializar o conhecimento sobre os alimentos e realizar ações que promovam a segurança alimentar e nutricional torna-se essencial à população e uma tarefa prioritária dos trabalhadores dos NASF. (LINHARES; PONTES; OSÓRIO, 2014)

A APS se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção, diagnóstico, tratamento de agravos,

reabilitação e a manutenção da saúde, no âmbito individual e coletivo. (JUNQUEIRA; COTTA, 2014). Este fato é reconhecido pelos participantes desta pesquisa.

Neste sentido, em 2008, o Ministério da Saúde, com intuito de fortalecer a inserção da Estratégia Saúde da Família (ESF), instituiu os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) como forma de ampliar a abrangência e a resolubilidade das ações de atenção básica. (COSTA et al., 2013). A partir de então, seria oferecido às ESF um suporte técnico-pedagógico no atendimento à população com a inserção de categorias profissionais que pudessem complementar o atendimento em saúde da população, assim dentre outros, foram incluídos os nutricionistas. (CASEMIRO et al., 2015).

Nesta perspectiva, em 2009, Curitiba implantou vinte e nove Núcleos de Apoio em Atenção Primária em Saúde (NAAPS). Cada núcleo passou a ser responsável por um grupo de duas a cinco US, com cinco profissionais. (CURITIBA, 2010). Neste sentido o NAAPS deveria priorizar suas ações por demanda epidemiológica, em especial pelo atendimento de Condições Crônicas de Saúde, com destaque ao trabalho com o controle e tratamento de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT). (CURITIBA, 2010).

Em 2013, com a mudança de gestão política, a sigla NAAPS foi substituída, por NASF e algumas mudanças trouxeram novas perspectivas ao modelo de cuidado praticado pelos nutricionistas, junto disso veio o aumento significativo de tarefas e ações clínicas centradas como estratégia empregada para a adequação gradual de UB em ESF e a tentativa de apoio matricial. (CURITIBA, 2010).

O apoio matricial tem o objetivo de proporcionar que demais componentes das equipes de saúde participem de ações de promoção da alimentação saudável, mediante orientação realizada pela equipe de nutricionistas da SMS, em especial aos agentes comunitários e enfermeiros. (SANTOS; CUTOLO, 2004; FERRO et al., 2015). Os participantes deste estudo relataram sentir necessidade de buscar auxílio das Secretarias Municipais da Educação e Abastecimento, Fundação de Ação Social (FAS), com Instituições de Ensino, entre outros para realização de suas ações.

Assim o trabalho intersetorial contribui para a efetividade das ações de nutrição a partir da construção compartilhada de conhecimentos, visto que a Alimentação e Nutrição são consideradas fator de proteção ou de vulnerabilidade para ocorrência de grande parte das doenças e das causas de morte na atualidade. Sendo assim, considera-se que a inserção de ações de alimentação e nutrição na APS, integradas

às demais ações já garantidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), podem constituir-se em importante aspecto na promoção da saúde de pessoas, famílias e comunidades. (FERRO et al., 2015).

Dessa forma, a Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, com intuito de atender as diretrizes e fortalecer a área de alimentação e nutrição, buscou ampliação do número de nutricionistas, passando de dois profissionais em 2005 para mais de quarenta nutricionistas em 2009. (CURITIBA, 2010).

Assim, com a ampliação do quadro funcional, Curitiba passou a realizar, além de atividades relacionadas à gestão das ações de alimentação e nutrição, atividades de promoção da saúde e prevenção de agravos por meio de ações baseadas nas diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), das Políticas de Saúde e da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN) atuando como ponte de apoio assistencial nas UBS e ESF. (SANTOS; CUTELA, 2014, FERRO et al., 2015).

No que se refere à atuação do nutricionista no âmbito da APS, as ações são de planejamento e qualificação dos serviços com vistas a melhorar a resolubilidade da atenção em saúde, atuando de forma efetiva sobre os determinantes dos agravos e problemas alimentares e nutricionais que acometem a população. (CURITIBA, 2010).

As diretrizes da matriz de atuação do nutricionista na Atenção Básica proposta a partir de 2008 pelo Ministério da Saúde, constitui-se em importante ferramenta para atuação do profissional e da equipe de saúde. (FERRO et al., 2015).

Os nutricionistas desta pesquisa relatam que em relação à prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e de doenças associadas à alimentação e nutrição, ainda merecem destaque as ações voltadas ao cuidado de indivíduos portadores de necessidades alimentares especiais, que são as ações mais realizadas por elas, bem como o combate e controle do excesso de peso (sobrepeso e obesidade) e outras doenças crônicas tal como diabete e hipertensão em adultos.

O atendimento para crianças realizado pela equipe multiprofissional, envolvendo nutricionistas, médicos, enfermeiros, dentre outros profissionais, desenvolve papel importante no suporte clínico e emocional, ao minimizar receios e apreensões, bem como favorecer o engajamento do paciente e da família na terapia nutricional domiciliar. (SANTOS; CUTELA, 2004; FERRO et al., 2015).

Estas condições parecem ser semelhantes ao estudo referenciado, já que em 57,3% dos NASFs brasileiros identificou-se a presença deste profissional. Cada

nutricionista de NASF acompanha, em média, 7,1 equipes de saúde da família. O atendimento é focado na demanda espontânea, sendo que as faixas etárias que correspondem à infância são as atendidas com menor frequência pelos nutricionistas dos NASF, configurando um problema a ser discutido e sanado com vistas à promoção da saúde futura em todos os NASFs e sobretudo em locais com alta vulnerabilidade. (CERVATO-MANCUSO et al., 2012).

O atendimento estendido até o domicílio humaniza e individualiza o tratamento, trazendo mais conforto e segurança aos pacientes e familiares.

A interdisciplinaridade se caracteriza pela intensidade das trocas entre os especialistas e pelo grau de integração real das disciplinas, no interior de um projeto específico, para tanto o espaço interdisciplinar deverá ser procurado na negação e na superação das fronteiras disciplinares. Então pode-se dizer que, nos reconhecemos diante de um empreendimento interdisciplinar todas as vezes em que ele conseguir incorporar os resultados de várias especialidades, que tomar de empréstimo a outras disciplinas certos instrumentos e técnicas metodológicas, fazendo uso dos esquemas conceituais e das análises que se encontram nos diversos ramos do saber, a fim de fazê-los integrarem e convergirem, depois de terem sido comparados e julgados. (SANTOS; CUTOLO, 2004, p. 37).

Para garantir a saúde das diferentes populações pelas diretrizes da ESF e do NASF, além da interdisciplinaridade das ações entre os membros de suas equipes, há necessidade de promover a integração dos diversos setores, entre estes se destacam a educação, saúde e o trabalho. (CERVATO-MANCUSO et al., 2012).

No Brasil, observa-se um esforço para a transição de um modelo de assistência primária centrado no atendimento individual para um modelo que prioriza o atendimento em grupo, porém com inúmeras dificuldades de adesão das comunidades e aceitação dos profissionais de saúde, para os quais a interdisciplinaridade entre as atividades desenvolvidas é ainda um desafio a ser vencido. (CERVATO-MANCUSO et al., 2012).

Assim, existe grande diferença entre o modelo proposto pelas diretrizes dos NASFs e o praticado pelos profissionais de saúde, assim como o relatado pelos participantes deste estudo, mostrando ser consoantes aos achados de outras pesquisas. Esta condição mostra que modelo atual praticado pelos nutricionistas participantes desta pesquisa é curativista e imediatista, condicionado ao encaminhamento clínico, sendo visto como frágil por nutricionistas entrevistados. O cuidado em saúde praticado ainda está condicionado a um modelo fragmentado, em

que o cuidar nutricional se torna incompleto e o indivíduo como um ser social e histórico. (CERVATO-MANCUSO et al., 2012).

Este modelo também é referido pelos participantes desta pesquisa que considera-no incapaz de responder às necessidades de saúde da população. O discurso normativo rege resultados não satisfatórios, tanto para o profissional e sua atuação, quanto para o paciente, e consequente insatisfação dos usuários com a ausência de espaço para a escuta ativa e fala aberta com os profissionais que cuidam de sua saúde e que parecem por múltiplos motivos não alcançar as várias dimensões de sua saúde no atendimento nos diversos níveis de atenção. (BOM KRAEMER et al., 2014).

Neste contexto, devem ser revistas e reconsideradas as ações e medidas protocolares pautadas em situações emergências para que se transformem em políticas estratégicas com ações intersetoriais, acessíveis e amplas de médio e longo prazo, apoiadas nas diretrizes e nas necessidades de saúde das comunidades e dos indivíduos, sobretudo quando o objeto de atenção está relacionado a aspectos multidimensionais da vida humana, como a alimentação e nutrição e a mudança de hábitos de indivíduos sociais e sua construção histórica. (CERVATO-MANCUSO et al., 2012).

Assim, os aspectos contextuais podem auxiliar a amplitude do saber profissional, podendo permitir novos conhecimentos em complementariedade aos seus saberes amparados na complexidade e amplitude das necessidades em saúde, seja nas Políticas Públicas de acesso à saúde e nutrição, seja nas políticas de educação continuada e permanente. (CERVATO-MANCUSO et al., 2012; CASEMIRO et al., 2015).

São cada vez mais importantes situações que promovam o reconhecimento dos aspectos contextuais da saúde humana para a atualização e capacitação frequente dos profissionais, a criação de conexões técnico-científicas entre os níveis de atenção com vistas à integralidade do cuidado em saúde em tempo e espaço suficientes para a garantia da saúde individual e coletiva e a diminuição de contrapontos e equívocos na orientação e atendimento entre os profissionais das equipes de saúde. Tal processo torna-se necessário quando a ação é hegemônica e somente centrada nos saberes da categoria médica, assim como mostram os resultados desta pesquisa. (CARVALHO et al., 2014).

Isso significa afirmar que cada estágio de desenvolvimento do sujeito compreende um perfil de ser social, daí a forma como uma criança, no período do pensamento pré-operacional, interage de forma socialmente diferenciada de uma pessoa que atingiu o nível das operações formais, haja vista a capacidade desta conseguir estabelecer com coerência e equilíbrio trocas intelectuais, algo de extrema importância em comunidades com índices de baixa escolaridade, revelando assim as fragilidades das políticas de saúde e educação mais atuais. (PALANGANA, 2001).

Para tanto, deve-se, de maneira crítica, observar como o profissional de saúde, na sua função educadora e direcionadora do saber e do fazer em saúde, orienta e trabalha os saberes técnicos e percebe as necessidades da população (CARVALHO et al., 2014).

6 MATRIZ DE ANÁLISE PARA AGRAVOS NUTRICIONAIS SEGUNDO OS NUTRICIONISTAS

A construção desta matriz de análise de vulnerabilidade permite representar, de maneira eficaz, os elementos de vulnerabilidades nutricionais para menores de dois anos referidos pelos nutricionistas participantes desta pesquisa. Esta representação gráfica possibilita uma aproximação do referencial teórico à prática para os profissionais que atuam no cuidado alimentar infantil, objetivando o direcionamento no atendimento de crianças que podem ser vistas isoladamente ou em conjunto nas diferentes dimensões individual, social e programática.

A matriz foi construída a partir dos dados empíricos expressos nos segmentos de texto sustentados no referencial teórico descrito na produção do conhecimento sobre esta temática. Para tanto, optou-se pela apresentação de cada dimensão da vulnerabilidade e a contextualização dos elementos isolados e, por fim, agrupá-los em uma mesma figura.

Na perspectiva da pesquisa, a organização dos elementos de vulnerabilidades para agravos nutricionais nas dimensões individual, social e programática, representadas pela matriz de análise de vulnerabilidade, permite novas pesquisas com vistas à validação dos elementos, avaliação do potencial desta na prática profissional, indicação das dimensões com diferentes graus de vulnerabilidade, análises probabilísticas que apontem a ocorrência percentual de cada uma destas condições para o reconhecimento da realidade do território e/ou espaço a ser estudado e mesmo subsidiar o direcionamento de políticas públicas de promoção da saúde infantil e prevenção de agravos nutricionais.

6.1. VULNERABILIDADE INDIVIDUAL

Foram elencadas características maternas e as relações com a família como elemento de vulnerabilidade, condição física e intelectual do binômio mãe e filho e os hábitos alimentares.

6.1.1 Condições maternas

Destacam-se neste agrupamento: ausência materna, mãe adolescente, existência do desejo de não amamentar, ocorrência de gravidez indesejada, frágil

vínculo afetivo entre mãe e filho, condições relativas à saúde e acuidade física como a drogadição da mãe.

Os nutricionistas relatam que condições desfavoráveis na relação familiar interferem na alimentação e nutrição de menores de dois anos, especialmente quando da ausência de autonomia materna em detrimento de outros elementos da família. A relação deste elemento com o agravo circunda desde a ausência da mãe, seja esta física ou emocional.

A mãe é referida como principal cuidadora, portanto quaisquer ocorrências e características individuais negativas relativas a ela, trazem prejuízos para menores de dois anos. A drogadição da mãe está relacionada a aspectos cognitivos da mãe ou cuidador e tem consequências diretas no cuidado da criança.

6.1.2 Condição biológica da criança

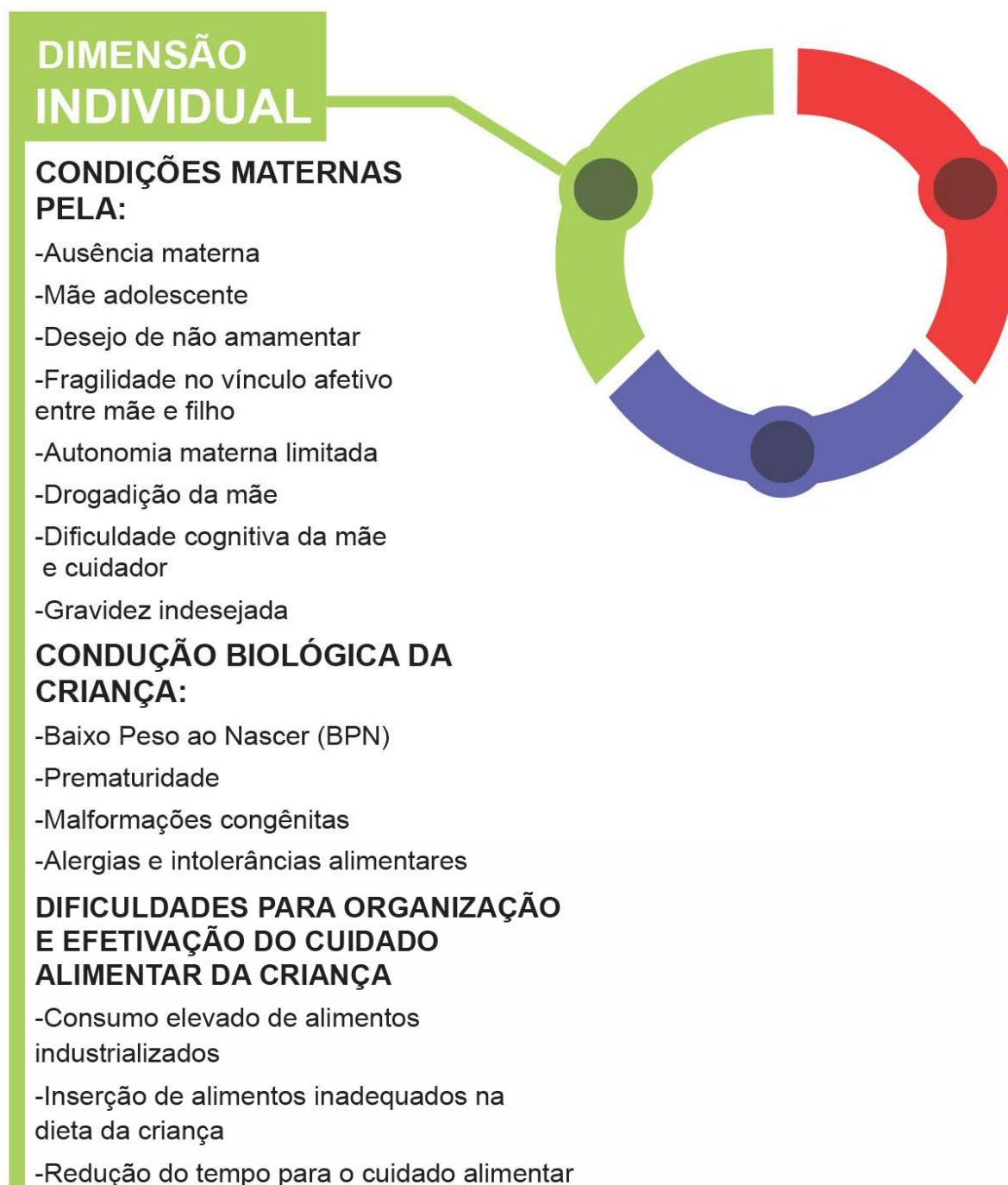
As ocorrências na saúde da criança, como o baixo peso ao nascer, a prematuridade e as malformações congênitas bem como o desmame precoce influenciam na ocorrência de agravos nutricionais como as inadequações e alergias alimentares.

6.1.3 Dificuldades para organização do cuidado alimentar da criança

As nutricionistas ainda referem que agravos nutricionais ocorrem pela introdução de alimentos inadequados na dieta da criança antes de seis meses de idade, e que este é um hábito e escolha da família. Relaciona-se, tais dificuldades, à ausência do ato de cozinhar e preparar os alimentos em casa, assim como o crescente acesso de alimentos industrializados unido à redução do tempo para o cuidado alimentar.

A seguir estão descritos os elementos de vulnerabilidade na dimensão individual em representação gráfica:

FIGURA 18 – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA MATRIZ DE VULNERABILIDADE PARA AGRAVOS NUTRICIONAIS NA PERSPECTIVA DO NUTRICIONISTA NA DIMENSÃO INDIVIDUAL



6.2 VULNERABILIDADE SOCIAL

O componente social nesta pesquisa foi relacionado ao acesso aos meios de comunicação, mídia de alimentos, escolarização, recursos materiais, influência nas decisões políticas, enfrentamento das barreiras relativas à cidadania e direitos.

6.2.1 Fragilidade para o acesso à cidadania e direitos

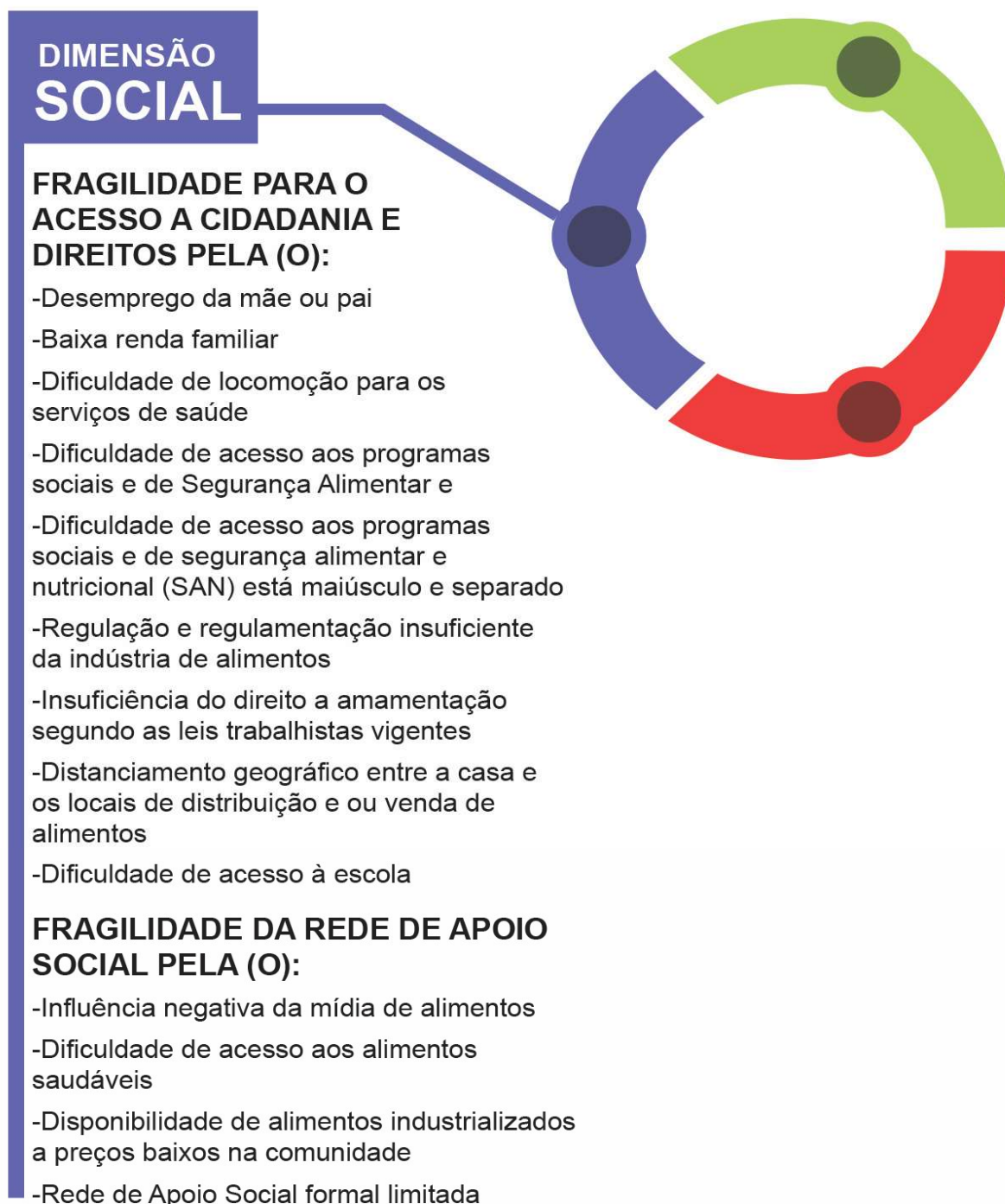
Nesta categoria, destacam-se a dificuldade de acesso à escola, o desemprego da mãe ou pai – fato que gera a baixa renda familiar – fragilidade no acesso a programas sociais potencializado pela moradia distante do mercado ou feira e a dificuldade de locomoção para os serviços de saúde, dificuldade de acesso aos programas sociais e de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), a regulação e regulamentação insuficientes da indústria de alimentos com insuficiência do direito à amamentação segundo as leis trabalhistas vigentes e o distanciamento geográfico entre a casa e os locais de distribuição e/ou venda de alimentos

6.2.2 Fragilidade da Rede de Apoio Social

Inserção precoce de alimentos industrializados, falta de acesso e locomoção aos serviços de saúde, influência negativa da mídia de alimentos, acesso à rede de apoio social formal limitada, falta do cumprimento de leis trabalhistas, dificuldade de acesso aos alimentos saudáveis em contrapartida da disponibilidade de alimentos industrializados a preços baixos na comunidade.

A seguir estão descritos os elementos de vulnerabilidade na dimensão social em representação gráfica:

FIGURA 19 – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA MATRIZ DE VULNERABILIDADE PARA AGRAVOS NUTRICIONAIS NA PERSPECTIVA DO NUTRICIONISTA NA DIMENSÃO SOCIAL



Fonte: A autora (2015).

6.3 VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA

Nesta pesquisa foram elencados os elementos de vulnerabilidade programática referentes aos recursos e políticas públicas ligadas à promoção da alimentação saudável e prevenção do agravo nutricional. Nota-se que são frágeis as ações ligadas ao modelo de atenção e ao trabalho oferecidos pelos profissionais de saúde.

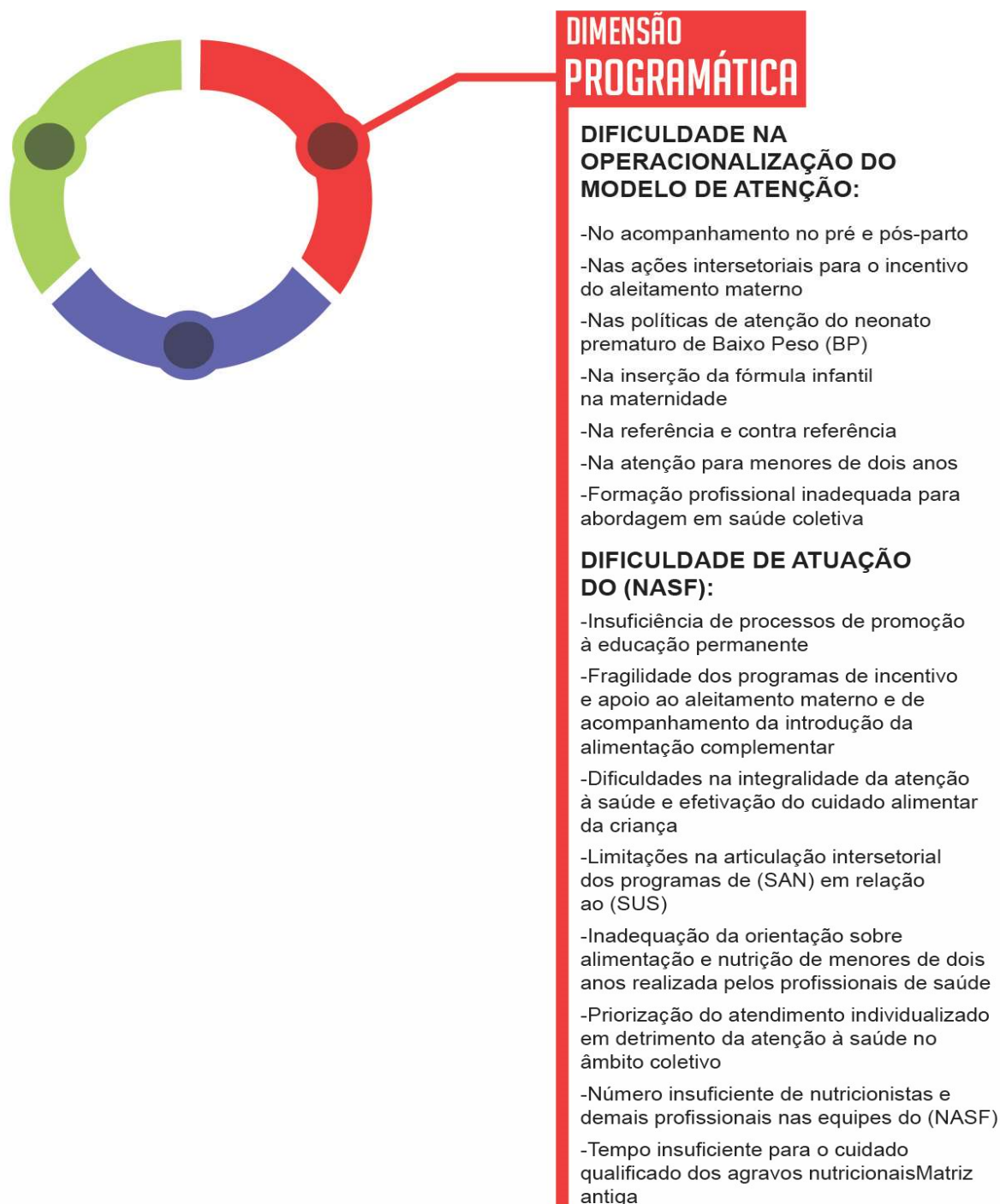
6.3.1 Dificuldade na operacionalização do modelo de atenção

Verificam-se dificuldades no acompanhamento pré e pós-parto, fragilidade nas ações intersetoriais para o incentivo do aleitamento materno, ausência de políticas de atenção ao neonato prematuro de Baixo Peso e a inserção da fórmula infantil na maternidade, ausência de referência e contrarreferência na atenção para menores de dois anos e a formação profissional inadequada para abordagem em saúde coletiva.

A matriz, na dimensão programática, traz como elemento a dificuldade de atuação do NASF na insuficiência de processos de promoção à educação permanente, na fragilidade dos programas de incentivo e apoio ao aleitamento materno e de acompanhamento da introdução da alimentação complementar, na dificuldade da integralidade da atenção à saúde e efetivação do cuidado alimentar da criança, nas limitações da articulação intersetorial dos programas de SAN em relação ao SUS, na inadequação da orientação sobre alimentação e nutrição de menores de dois anos realizada pelos profissionais de saúde, na priorização do atendimento individualizado em detrimento da atenção à saúde no âmbito coletivo e, por fim, no número insuficiente de nutricionistas e demais profissionais nas equipes do NASF, fato que, unido ao tempo insuficiente para o cuidado qualificado dos agravos nutricionais, trazem prejuízos ao cuidado nutricional de menores de dois anos.

A seguir estão descritos os elementos de vulnerabilidade na dimensão programática em representação gráfica:

FIGURA 20 – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA MATRIZ DE VULNERABILIDADE PARA AGRAVOS NUTRICIONAIS NA PERSPECTIVA DO NUTRICIONISTA NA DIMENSÃO PROGRAMÁTICA



Os autores destacam que as análises de vulnerabilidade não prescindem das análises epidemiológicas de risco, mas auxiliam e contextualizam a construção de propostas de intervenção a partir dos dados epidemiológicos. (AYRES et al., 2003).

FIGURA 21 – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA MATRIZ DE VULNERABILIDADE PARA AGRAVOS NUTRICIONAIS NA PERSPECTIVA DO NUTRICIONISTA:



Fonte: A autora (2015).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A concepção da vulnerabilidade permite expor a dimensão relativa ao indivíduo e ao local social por ele ocupado ao propôr perspectivas de abordagem para além do biológico, comportando maior integralização da análise situacional de saúde e de diferentes possibilidades de intervenção com a participação ativa dos sujeitos e dos seus saberes e referenciais contextuais. Os agravos nutricionais são o desfecho de condições adversas na alimentação e nutrição da criança e na condição de vida das famílias.

Neste trabalho, a discussão baseada no discurso Hermenêutico e Dialético possibilitou mostrar as diversas contradições que suscitam dos arranjos sociais como das inúmeras dicotomias nas Políticas Públicas, estas ainda baseadas na veemência positivista da ciência e na perspectiva do nutricionista do NASF, evidenciando assim as vulnerabilidades e potencialidades em um mesmo arcabouço de ideias, proporcionando uma matriz de análise a partir de diversos olhares sobre o objeto.

Descrever os elementos de vulnerabilidade para agravos nutricionais em menores de dois anos trouxe ainda a possibilidade de debater a condição da criança como ser social de direitos, sobretudo no que se refere à dependência de cuidados, própria desta faixa etária, situação que coloca este público infantil em vulnerabilidade.

Dessa forma, pode-se assumir a preocupação dos participantes com a irreversibilidade das condições nutricionais, quando não corrigida antes dos dois anos, o que corrobora com teorias de relevância internacional, porém ainda sem garantia de prioridade pelas Políticas Públicas.

É importante destacar que a saúde e os cuidados da criança têm estruturas intersetoriais que, para a construção e adesão de Políticas Públicas em sua plenitude, necessitam de olhar ampliado para o cuidado adequado. Este aspecto circunda os discursos dos nutricionistas desta pesquisa, sendo visível nas três dimensões da vulnerabilidade, com destaque para a programática e a recorrente necessidade de construção e reconstrução de modelos de atenção que assumam a condição da saúde infantil como prioridade, assumindo um sentimento de pesar pela finitude de ações antigamente bem estruturadas.

No que se refere aos elementos de vulnerabilidade e a construção da matriz de análise de vulnerabilidades, pode-se destacar na **dimensão individual**: os aspectos comportamentais como de ordem biológica, relativos à autonomia do sujeito na qual

a solução pode estar ao alcance do sujeito. São relatadas a condição materna e suas diversas dimensões, dos hábitos alimentares à correlação destes aos arranjos familiares para o cuidado da criança. A mãe é mulher trabalhadora que assume diversos papéis sociais, já que está imbuída do cuidado integral da criança, sobretudo se ela for mãe solteira e/ou adolescente e não possuir rede de apoio. Nesta dimensão, ainda podem ser considerados elementos de vulnerabilidade: a saúde do binômio mãe filho e a formação de vínculo, que coloca a condição biológica como determinante causal de vulnerabilidade.

Observa-se a dualidade do papel da figura materna e o da família, as diversas dimensões do cuidar, o trabalho da mãe mulher e o papel da Estratégia Saúde da Família, já que a família, independente da conformação assumida, tem papel importante, pois esta família permite, omite, acena e condena o cuidado nutricional apreendido e referido, revelando as muitas faces que analisam, dinamizam e realizam em primeira e última instância as decisões sobre o cuidado alimentar de menores de dois anos.

Na **dimensão social** há o reconhecimento de elementos de vulnerabilidade relativos à influência da mídia e do ambiente social, do estado de cidadania e condições básicas como a renda, escolaridade mínima e moradia adequada que, segundo o nutricionista, melhoram o acesso à comida para a alimentação e nutrição adequadas aos menores de dois anos.

O nutricionista também reconhece que este acesso direciona as escolhas e a autonomia do sujeito, o que permitiu a discussão entre as dimensões da vulnerabilidade, evoluindo para uma discussão com base na construção histórica da sociedade e das diversas influências sofridas, com o objetivo de trazê-las de forma dialética e contextual, não seccionadas a um único aspecto ou dimensão.

Na **dimensão programática** estão dispostos como elementos centrais de vulnerabilidade: questões relativas ao trabalho realizado pelo nutricionista, dificuldade de adesão à mudança de modelo de atendimento, hoje focado na necessidade emergencial, a inexistência de Políticas Públicas promotoras da saúde e nutrição de menores de dois anos, a ausência de fluxos para transdisciplinariedade e multiprofissionalidade do NASF.

Estes aspectos são refletidos como elementos que interferem na resolubilidade de agravos nutricionais por nutricionistas do NASF. É relevante a esta conclusão a mudança do modelo de atenção refletido na perspectiva da vulnerabilidade

programática e referido pelos participantes como: o fornecimento da fórmula infantil e/ou especializada como política de SAN na saúde, o que gera, de maneira contraditória, a fragilidade do cuidado de menores de seis meses na atenção básica, e revela a fragilidade do cuidado alimentar nos diversos espaços, desde a maternidade ao consultório do médico, sendo relativos especialmente a equívocos nas orientações profissionais, sobretudo no que se refere ao aleitamento materno e alimentação complementar.

Nesta dimensão pode-se observar a determinação social e de que forma esta apreende a saúde-doença como uma síntese do conjunto de determinações e que acaba por resultar em vulnerabilidades ou potencialidades que se evidenciam em perfis ou padrões saúde-doença.

A abordagem, na perspectiva da determinação social da saúde-doença em que o modelo de vulnerabilidade apresentado aponta para a necessidade da transdisciplinariedade e multiprofissionalidade, o que é fundamental quando se trata de problemas ou de necessidades de saúde, na medida em que a complexidade do objeto da saúde requer diferentes aportes teóricos e metodológicos, sob aparo de reduzir as ações e as atividades “tarefeiras” pontuais, de caráter emergencial, que não modificam a estrutura de causalidade.

REFERENCIAS

- ADAIR, L.S. *et al.* Associations of linear growth and relative weight gain during early life with adult health and human capital in countries of low and middle income: findings from five birth cohort studies. **The Lancet**, London, v.382 n.989, p.525-534, 2012.
- ALMEIDA-FILHO, N.; COUTINHO, D. Causalidade, contingência, complexidade: o futuro do conceito de risco. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 95-137, 2007.
- ALVES, H.; ESCOREL, S. Processos de exclusão social e iniquidades em saúde: um estudo de caso a partir do Programa Bolsa Família, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, local, v. 34, n. 6, p. 429-436, 2013.
- ANDREUCCI, C. B.; CECATTI, J. G. Evaluation of the Program for Humanization of Prenatal and Childbirth Care in Brazil: a systematic review. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 1053-1064, 2011.
- ANIZELLI, C. P *et al.* Condições de vida e aquisição de gêneros alimentícios de crianças beneficiárias do Programa Bolsa Família. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 39, n. 1, p. 74, 2015.
- ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. 2. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1981.
- AYERLE, G. M.; MAKOWSKY, K.; SCUCKING, B. A. Key role in the prevention of child neglect and abuse in Germany: continuous care by qualified family midwives. **Midwifery**, Edinburgh, v. 28, n. 4, p. 469-477, 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21782297>>. Acesso em: 19 jan. 2015.
- AYRES, J. R. C. M. Desenvolvimento histórico-epistemológico da epidemiologia e do conceito de risco. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, p. 1301-1311, 2011.
- _____. *et al.* O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**, v. 3, p. 117-140, 2003.
- _____. *et al.* Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 375-418.
- _____ *et al.* Risco, razão tecnológica e o mistério da saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 11, n. 21, p. 145-163, 2007.
- _____; PAIVA, V.; FRANÇA JUNIOR, I. From natural history of disease to vulnerability. In: PARKER, R.; SOMMER, M. **Routledge Handbook in Global Public Health**. New York: Routledge, 2011. p. 98-107.

BARRETO, M. L. et al. Sucessos e fracassos no controle de doenças infecciosas no Brasil: o contexto social e ambiental, políticas, intervenções e necessidades de pesquisa. **The Lancet**, London, v. 377, n. 9780, p. 1877-1889, 2011.

BARROS, F. C. Socioeconomic inequities in the health and nutrition of children in low/middle income countries. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 1-16, 2010.

BARROS, M. S. C. et al. A política de alimentação e nutrição no Brasil: breve histórico, avaliação e perspectivas. **Alimentos e Nutrição**, Araraquara, v. 14, n. 1, p. 109-121, 2009.

BASSO, C. G.; NEVES, E. T., SILVEIRA, A. Associação entre realização de pré-natal e morbidade neonatal. **Texto Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 269-276, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/a03v21n2.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2015.

BASTOS, L. K. et al. Quando a sociedade dialoga com o sistema de saúde. In: VILLELA, E. F. M. (Org.). **Um mergulho na medicina: a saúde coletiva sob novos olhares**. São Paulo: Paco Editorial, 2015. p. 87-98.

BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, Supl. 1, p. 181-191, 2003.

BELIK, W. A política brasileira de segurança alimentar e nutricional: concepção e resultados. **Segurança Alimentar e Nutricional**, Campinas, v. 19, n. 2, p. 94-110, 2012.

BHALOTRA, S.; Rawlings, S. B. Intergenerational persistence in health in developing countries: the penalty of gender inequality? **Journal of Public Economics**. Amsterdam, v. 95, n. 3, p. 286-299, 2011. Disponível em: <http://econpapers.repec.org/article/eeepubeco/v_3a95_3ay_3a2011_3ai_3a3-,4_3ap_3a286-299.htm>. Acesso em: 31 jan. 2015.

BISMARCK-NASR, E. M.; FRUTUOSO, M. F. P.; GAMABARDELLA, A. M. D. Efeitos tardios do baixo peso ao nascer. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**. São Paulo, v. 18, n. 1, p. 98-103, 2008.

BOM KRAEMER, F. et al. O discurso sobre a alimentação saudável como estratégia de biopoder. **Physis:Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, 2014.

BOSI, M. L. M.; MACHADO, M. T. Amamentação: um resgate histórico. **CADERNOS ESP - ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ**, Fortaleza, v. 1, n. 1, 2012. Disponível em: <<http://www.esp.ce.gov.br/cadernosesp/index.php/cadernosesp/article/view/4>>. Acesso em: 21 jun. 14.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 06 jul. 2014.

_____. _____. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. _____. **Prevenção e controle de agravos nutricionais**. Brasília, 2011a. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pcan.php. Acesso em: 07 jul. 2014.

_____. _____. **Vigilância alimentar e nutricional – SISVAN**: orientações básicas para a coleta, o processamento, a análise de dados e a informação em serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

_____. _____. **Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na assistência à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Portaria n. 1.1156, de 31 de agosto de 1990. Institui o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN e seus objetivos. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1990.

BRAZ, J. O. Instituições e estratégias de desenvolvimento: um olhar acerca da ação Brasil Carinhoso. **Revista de Economia da UEG**, Anápolis, v. 11, n. 1, p. 141-155, 2015.

BREILH, J. Hacia una construcción emancipadora del derecho a la salud. In: PROGRAMA ANDINO DE DERECHOS HUMANOS. **¿Estado constitucional de derechos?**: informe sobre derechos humanos. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, 2009. p 263-283. Disponível em: <http://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/948>. Acesso em: 21 jun. 14.

BRITTO, P. R.; ULKUER, N. Child development in developing countries: child rights and policy implications. **Child Development**, Chicago, v. 83, n. 1, p. 92-103, 2012.

BURLANDY, L. A construção da política de segurança alimentar e nutricional no Brasil: estratégias e desafios para a promoção da intersetorialidade no âmbito federal de governo. **Ciências da Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 851-860, 2009.

BURRELL, S.; EXLEY, C. There is (still) too much aluminium in infant formulas. **Bmc Pediatrics**, London, 2010. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2431-10-63.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2015.

CACAU, J. B.; TAVARES FILHO, R. W. A.; NUNES, E. A. O direito fundamental do ser humano a uma alimentação adequada no Estado Democrático de Direito Brasileiro e as Políticas Públicas adotadas no Brasil em busca da erradicação da miséria e da fome. **Anais do Encontro Internacional e Nacional de Política Social**, Vitória, v. 1, n. 1, 2015.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. **Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2013.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 14-21, 2004.

CAMPOS, A. A. O. et al. Aconselhamento nutricional de crianças menores de dois anos de idade: potencialidades e obstáculos como desafios estratégicos. **Ciências da Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 529-538, fev. 2014. Disponível em: < <http://www.scielo.org/pdf/csc/v19n2/1413-8123-csc-19-02-00529.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

CARNEIRO, V. F.; BRANT, L. C. Telessaúde: dispositivo de educação permanente em saúde. **Gestão e Saúde**, Brasília, v. 4, n. 2, p. 494-516, 2013.

CARRAZZA, F. R.; MARCONDES, E.; ALCANTARA, P. Introdução ao estudo dos agravos nutricionais. In: MARCONDES, E. et al. **Pediatria básica: pediatria clínica geral**. 8. ed. São Paulo: Sarvier, 1994. v. 2, p. 317-20.

CARTER, R. C. et al. Fetal alcohol-related growth restriction from birth through young adulthood and moderating effects of maternal prepregnancy weight. **Alcohol: Clinical and Experimental Research**, New York, v. 37, n. 3, p. 452-462, 2013. Disponível em: ><http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3743666/pdf/nihms500481.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2015.

CARVALHO, C. M. R. G et al. Educação e cidadania: uma experiência interdisciplinar na comunidade. **Participação**, Brasília, n. 23/24, p. 17-24, 2014.

CASEMIRO, J. P. et al. Impasses, challenges, and interfaces of food and nutrition education as a process of popular participation. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 493-514, 2015.

CASTRO, H. C. O. et al. Percepções sobre o programa Bolsa Família na sociedade brasileira. **Opinião Pública**, Campinas, v. 15, n. 2, p. 333-335, 2015.

CERVATO-MANCUSO, A. M. et al. A atuação do nutricionista na Atenção Básica à Saúde em um grande centro urbano. **Ciências da Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 12, p. 3289-3300, 2012.

CHADDAD, M. C. C. Informação sobre a presença de alérgenos nos rótulos de alimentos: responsabilidade do estado na garantia dos direitos à saúde e à alimentação adequada da população com alergia alimentar. **Demetra**, Rio de Janeiro, v. 9, p. 369-392, 2014.

CHEN, C. et al. Nutritional status of children during and post-global economic crisis in China. **Biomedical And Environmental Sciences**, San Diego, Ca, v. 24, n. 4, p. 321-328, 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20579592>>. Acesso em: 06 jan. 2015.

CHIESA, A. M., et al. Building health care technologies based on: health promotion. **Revista da Escola de Enfermagem - USP**, São Paulo, v. 43, Supl. Esp. 2, p. 1352-1357, 2009 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/en_a36v43s2.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2014.

_____. **Autonomia e resiliência**: categorias para o fortalecimento da intervenção na atenção básica na perspectiva da Promoção da Saúde. 2005. 135 f. Tese – (Concurso de Livre-Docência junto). Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, 2005.

CHOR, D.; MENEZES, P. R. Saúde no Brasil 4 Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **Veja**, São Paulo, v. 6736, n. 11, p. 60135-9, 2011.

COELHO, L. C. et al. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional/SISVAN: conhecendo as práticas alimentares de crianças menores de 24 meses. **Ciências da Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, 2015.

CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (CONSEA). **Relatório Final da III Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional**. Brasília: 2007. Disponível em: <<https://www.planalto.gov.br/consea/static/documentos/IIConferencia.pdf>>. Acesso em: 31 ago. 2014.

CORREA, M. M.; ARPINI, L. S. B.; FERREIRA, D. M. Estado nutricional e prevalência de anemia em crianças menores de 36 meses. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 27, n. 1, p. 109-116, 2014.

COSTA, M. M. L. **O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)**: contextualização de sua implantação na atenção básica à saúde no Brasil. 2013. 56 f. Monografia (Bacharelado em Serviço Social) - Instituto de Ciências Humanas, Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

COUTINHO, J. G. et al. A organização da vigilância alimentar e nutricional no Sistema Único de Saúde: histórico e desafios atuais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 688-699, 2009.

CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Curitiba: 2010-2013**. Curitiba: SMS, 2010. Disponível em: <http://sitesms.Curitiba.pr.gov.br/saude/sms/PMS01a95Alt1_12.pdf>. Acesso em: 01 set. 2015.

_____. Secretaria Municipal da Saúde. **Programa Nascer em Curitiba**. Curitiba, 2014a. Disponível em: http://www.saude.Curitiba.pr.gov.br/images/programas/arquivos/centro_educacao/saude_da_crianca/crianca_002.pdf. Acesso em: 14 jun. 2015.

_____. Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba. **Curitiba em dados**. Curitiba, 2014b. Disponível em: <http://Curitibaemdados.ippuc.org.br/Curitiba_em_dados_Pesquisa.htm>. Acesso em: 20 jun. 2014.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Boletim informativo da APS**. Curitiba, 2014c. Disponível em: <http://www.saude.Curitiba.pr.gov.br/images/a_secretaria/boletim%20APS/Boletim%20APS.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2014.

_____. Prefeitura Municipal de Curitiba. Portaria n.34, de 09 de maio de 2012. Regulamenta o processo de seleção interno dos servidores públicos municipais integrantes do quadro de profissionais de saúde, para ingresso na estratégia saúde da família – ESF e dos núcleos de apoio. **Diário Oficial [do] Município**, Curitiba, PR, n.35, 10 mai. 2012.

_____. Secretaria Municipal da Saúde. **Boletim do SISVAN 2011**. Curitiba, 2011a. Disponível em: <<http://www.saude.Curitiba.pr.gov.br/index.php/vigilancia/epidemiologica/sistema-de-vigilancia-alimentar-e-nutricional>>. Acesso em: 14 jun. 2015.

_____. Secretaria Municipal da Saúde. **Protocolo do Programa de Atenção Nutricional às Pessoas com Necessidades Especiais de Alimentação**. Curitiba: SMS; 2011b.

CURSINO, E. G.; FUJIMORI, E. Integralidade como uma dimensão das práticas de atenção à saúde da criança: uma revisão bibliográfica. **Revista Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. esp. 1, p. 676-80, 2012.

D’AFFONSECA, S. M.; CIA, F.; BARHAM, E. J. Trabalhadora feliz, mãe feliz? condições de trabalho que influenciam na vida familiar [I]. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 32, n. 76, p. 129-138, 2014.

DALMÁCIO, L. M.; CRUZ, E. J. S.; CAVALCANTE, L. I. C. Percepções de mães encarceradas sobre o direito à amamentação no sistema prisional. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, São Leopoldo, v. 6, n. 11, jul. 2014. Disponível em: <http://www.rbhcs.com/index_arquivos/Artigo.Percepcoesdemaesencarceradas.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2015.

DANTAS, N. J. O. Proteção Constitucional do aleitamento materno: preponderância do direito fundamental da saúde da criança sobre a liberdade econômica. **BIS - Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 240-247, 2010. Disponível em: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122010000300006&lng=pt>. Acesso em: 26 jan. 2015.

DARNTON-HILL, I.; NISHIDA, C.; JAMES, W. P. T. A life course approach to diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. **Public Health Nutrition**, Wallingford, v. 7, n. 1, p. 101-121, 2004.

DIJKHUIZEN, M. A. et al. Zinc supplementation improved length growth only in anemic infants in a multi-country trial of iron and zinc supplementation in South-East Asia. **The Journal of Nutrition**, Rockville, Md, v. 138, n. 10, p. 1969-1975, 2008.

DOMENE, S. M. A.; MEDEIROS, M. A. T.; MARTINS, P. A. A dinâmica do aleitamento materno entre famílias em vulnerabilidade social: o que revela o sistema de busca ativa - Breastfeeding dynamics among families on social vulnerability: findings of active search system. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 24, n. 1, p. 71-77, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v24n1/v24n1a07.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

DORNELLES, A. D.; ANTON, M. C.; PIZZINATO, A. The role of society and family in care for child overweight and obesity: perception of health professionals at different levels of care. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1275-1287, 2014.

DUTRA, D. A. **Geografia da saúde no Brasil: arcabouço teórico-epistemológicos, temáticas e desafios**. 2011. 177 f. Tese. (Doutorado em Geografia) – Setor de Ciências da Terra, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011.

FERRO, L. F. et al. Interdisciplinaridade e intersetorialidade na estratégia de saúde da família e no núcleo de apoio à saúde da família: potencialidades e desafios. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 8, n. 4, p. 111-129, 2015.

FIGUEIREDO, G. L. A.; MELLO, D. F. Atenção à saúde da criança no Brasil: aspectos da vulnerabilidade programática e dos direitos humanos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 6, p. 1171-1176, 2007.

FIGUEIREDO, M. C. D. et al. Consulta de nutrição na primeira infância: uma proposta de protocolo de atendimento. **Nutrire**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 162-172, 2015.

FLORES, M. R. et al. Associação entre indicadores de risco ao desenvolvimento infantil e estado emocional materno. **Revista CEFAC**, São Paulo, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/2012nahead/137-11.pdf>. Acesso em: 20 maio 2014.

FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS (FAO). **Debate fome no mundo e produção agrícola no 3º Fórum Inovação**. 2011. Disponível em: <<https://www.FAO.org.br/FAOdfmpa3FI.asp>>. Acesso em: 20 maio 2014.

FORMIGA, C. K.M.R. et al. Comparison of the motor development in preterm infants from two brazilian regional samples. *Journal of Human Growth and Development*, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 352-357, 2013. . Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822013000300015&lng=pt&tlng=en>. Acesso em: 20 maio 2014.

FURTADO, M. C. C. et al. A avaliação da atenção à saúde de crianças com menos de um ano de idade na Atenção Primária. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 554-561, 2013.

GADAMER HG Da palavra ao conceito: a tarefa da hermenêutica enquanto filosofia. In: ALMEIDA, C. L. S. (Org). **Hermenêutica filosófica: nas trilhas de Hans Georg Gadamer**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2000. pp. 13-26.

GALLER, J. R. et al. Infant malnutrition predicts conduct problems in adolescents. **Nutritional Neuroscience**, London, v. 15, n. 4, p. 186-192, 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3782078/pdf/nihms444647.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2015.

GHOSH-JERATH S. et al. Dimensions of nutritional vulnerability: assessment of women and children in Sahariya tribal community of Madhya Pradesh in India. **Indian Journal of Public Health**, Kolkata, v. 57, n. 4, p. 260-267, 2013. Disponível em: <<http://www.ijph.in/article.asp?issn=0019-557X;year=2013;volume=57;issue=4;spage=260;epage=267;aulast=Ghosh-Jerath>>. Acesso em: 29 jan. 2015.

GOUDET, S. M. et al. Pregnant women's and community health worker's perceptions of root causes of malnutrition among infants and young children in the slums of Dhaka, Bangladesh. **American Journal of Public Health**, Boston, Mass., v. 101, n. 7, p. 1225-1233, 2011.. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3110238/pdf/1225.pdf>>. Acesso em: 29 jan. 2015.

GRANTHAM-MCGREGOR, S. M. et al. Effects of integrated child development and nutrition interventions on child development and nutritional status. **Annals of the New York Academy of Sciences**, New York, v. 1308, n. 1, p. 11-32, 2014.

GRIBBLE, K. D.; BERRY, N. J. Emergency preparedness for those who care for infants in developed country contexts. **International Breastfeeding Journal**. London, v. 6, p. 16, 2011. Disponível em: <http://download.springer.com/static/pdf/568/art%253A10.1186%252F1746-4358-6-16.pdf?auth66=1425380283_ea1bcbac59d4fdebd113f0382a0a2930&ext=.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2015.

HABICHT, J. P. et al. Height and weight standards for preschool children: How relevant are ethnic differences in growth potential? **The Lancet**, London, v. 303, n. 7858, p. 611-615, 1974.

HFST, A. J. H. P.; HALKEN, S.; HOLMENLUND, D. The natural history of cow's milk protein allergy/ intolerance. **European Journal of Clinical Nutrition**, London, v. 49, Supl., p. 13-18, 1995.

HIGA, E. F. R. et al. A intersectorialidade como estratégia para promoção da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. **Interface, comunicação saúde educação**, Botucatu, v. 19, n. Supl 1, p. 879-91, 2015.

HORODYNSKI, M. et al. Healthy babies through infant-centered feeding protocol: an intervention target in gearly child hood obesity in vulnerable populations. **BMC Public Health**. London, v. 11, n. 1, p. 868-816, 2011. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-11-868.pdf>>. Acesso em: 31 jan. 2015.

INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL. IPARDES. **Caderno Estatístico do Município de Curitiba**. 2012. Disponível em: <<http://www.IPARDES.gov.br/cadernos/Montapdf.php?Municipio=80000&btOk=ok>> Acesso em: 28 abr. 2014.

JUNQUEIRA, T. S.; COTTA, R. M. M. Matriz de ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica de Saúde: referencial para a formação do nutricionista no contexto da educação por competências. **Ciências da Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1459-1474, maio 2014.

KALIL, I. R.; COSTA, M. C. Entre o direito, o dever e o risco: olhares de gênero sobre amamentação. **PerCursos**, Florianópolis, v. 14, n. 27, p. 07-32, 2014.013.

KEPPLE, A. W.; SEGALL-CORRÊA, A. M. Conceituando e medindo segurança alimentar e nutricional. **Ciência da. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 187-199, 2011.

KRAMER, M. S. et al. Is restricted fetal growth associated with later adiposity? Observational analysis of a randomized trial. **The American journal of clinical nutrition**, Bethesda, v. 100, p. 176-181, 2014.

KULWA, K. B. M et al. Effectiveness of a nutrition education package in improving feeding practices, dietary adequacy and growth of infants and young children in rural Tanzania: rationale, design and methods of a cluster randomised trial. **BMC Public Health**, London, v. 14, n. 1, p. 1077, 2014.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. **Promoção de saúde: a negação da negação**. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2004.

LEITE, M. F. et al. Popular extension in professional training in health for SUS: reflecting an experience. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 18, p. 1569-1578, 2014.

LEMONS, M. C. C. **Estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no contexto da transição epidemiológica**. 2007. 144f. [Tese]. Doutorado em Nutrição) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2007.

LIAMPUTTONG, P.; EZZY, D. **Qualitative research methods**. New York: Oxford, 2006.

LIMA, A. B. **Desenvolvimento além das fronteiras: discursos de combate à pobreza e os objetivos de desenvolvimento do milênio no Brasil**. 2013. 157 f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional) - Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

LIMA, A. P. E. et al. Práticas alimentares no primeiro ano de vida: representações sociais de mães adolescentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 6, p. 965-971, 2014.

LINHARES, F. M. P.; PONTES, C. M.; OSÓRIO, M. M. Using the theoretical constructs of Paulo Freire to guide breastfeeding promotion strategies. **Revista Brasileira Saude Materna Infantil**, Recife, v. 14, n. 4, p. 433-439, 2014.

LIPP, M. E. N. **Inventário de sintomas de stress para adultos de LIPP (ISSL)**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

LIRA, L. Q.; DIMENSTEIN, R. Vitamina A e diabetes gestacional. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 56, n. 3, p. 355-359, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v56n3/en_v56n3a23.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2015.

LUQUE, A. L. F. et al. Avaliação da atenção ao recém-nascido de risco na perspectiva de uma política pública de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 2, p. 293-300, 2011.

MACÊDO, E. M. C. et al. Effects of copper, zinc and magnesium deficiency on the immune system of severely malnourished children. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 329-36. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-05822010000300012&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 20 jan. 2015.

MACEDO, C. **Saúde Pública, Políticas de Saúde e Sistema de Saúde no Brasil**. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad, 2015.

MACHADO, A.; ALVES, F. A. Promoção da saúde e nutrição infantil na Atenção Básica. **Revista Práxis**, Volta Redonda, RJ, v. 4, n. 7, 2012.

MAGALHÃES, R. Avaliação de políticas e iniciativas públicas de segurança alimentar e nutricional: dilemas e perspectivas metodológicas. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p.1339-1346, 2014.

MAIS, L. A. et al. Diagnóstico das práticas de alimentação complementar para o matriciamento das ações na Atenção Básica. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 93-104, 2014.

MALUF, R. S. et al. Nutrition-sensitive agriculture and the promotion of food and nutrition sovereignty and security in Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 8, p. 2303-2312, 2015.

MARCON, A. C.; VIEIRA, M. C.; MORAIS, M. B. Conhecimentos do pediatra sobre o manejo do lactente que chora excessivamente nos primeiros meses de vida. **Revista Paulista Pediatria**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 187-92, 2014.

MARCON, M. C.; MACHADO, P. M. O.; MORETTI-PIRES, R. O. Os discursos envolvendo o direito humano à alimentação adequada e segurança alimentar e nutricional na prática dos profissionais de saúde. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v. 4, n. 4, p. 83-91, 2013.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MARQUES, A. H. et al. The influence of maternal prenatal and early child hood nutrition and maternal prenatal stress on off spring immune system development and neurodevelopmental disorders. **Frontiers in Neuroscience**, Lausanne, v. 7, p. 120, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3728489/pdf/fnins-07-00120.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

MARTINS, O. M. F.; PAÇO, A. M. F.; RODRIGUEZ, R. G. Exploratory study in the context of social marketing about the barriers for the breastfeeding behaviour social marketing, theory of consumer behaviour, barriers to behaviour, breastfeeding, intention. **Revista Portuguesa de Marketing**, Porto, v. 16, n. 30, p. 55, 2013.

MAZZA, V. A.; CHIESA, A. M. Family needs on child development in the light of health promotion. **Online Brazilian Journal Of Nursing**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, 2008. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/index>>. Acesso em: 18 set. 2014.

MELLO, D. F.; et al. Vulnerabilidades na infância: experiências maternas no cuidado à saúde da criança. **Revista Eletronica de Enfermagem**, Goiânia, v. 16, n. 1, p. 52-60, 2014.

MELO, A. M. C. et al. Características e fatores associados à assistência à saúde de crianças menores de um ano com muito baixo peso ao nascer. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 89, n. 1, p. 75-82, 2013. Disponível em: <http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90194105&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=359&ty=155&accion=L&origen=jped&web=jped.elsevier.es&lan=pt&fichero=359v89n01a90194105pdf001.pdf>. Acesso em: 18 set. 2014.

MENEZES, R. C. E. et al. Alimentação e nutrição na atenção básica à saúde: a educação permanente como instrumento de aproximação ensino-serviço. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 37, n. 4, p. 1051, 2014.

MINAYO, M. C. S. O. **Desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2010.

MIQUEL, I.; ARANCIBIA, S.; EUGENIA, M. Alergia a proteína de leite de vaca en el menor de un año. **Revista Chilena de Pediatría**, Santiago de Chile, v. 83, n. 1, p. 78-83, 2012.

MIRANDA, D. R. M. et al. Perfil das condições de saúde das capitais brasileiras na perspectiva dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 60, n. 2, p. 141-158, 2014.

MONTEIRO, C. A.; GOMES, F. S.; CANNON, G. The snack attack. **American Journal of Public Health**, Washington DC, v. 100, p. 975–981, 2010.

MONTEIRO, F. et al. Bolsa Família: insegurança alimentar e nutricional de crianças menores de cinco anos. **Ciência da. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1347-1357, 2014.

MORAIS, D. C.; et al. Food insecurity and anthropometric, dietary and social indicators in Brazilian studies: a systematic review. **Ciência da Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1475-1488, 2014.

MOURA, R. H.; LUZIO, C. A. O apoio institucional como uma das faces da função apoio no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): para além das diretrizes. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 18, supl. 1, p. 973-986, 2014.

MOURA, S. M. et al. Promoção da saúde: desafios revelados em práticas exitosas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 76-85, 2014.

MUÑOZ SANCHEZ, A. I.; BERTOLOZZI, M. R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? **Ciência da Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, 2007.

NICHIATA, L. Y. I.; BERTOLOZZI, M. R.; TAKAHASHI, R. F. The use of the “vulnerability” concept in the Nursing area. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 5, p. 923-928, 2008.

NOBRE, L. N. et al. Early determinants of overweight and obesity at 5 years old in preschoolers from inner of Minas Gerais, Brazil. **Nutricion hospitalaria**, Madrid, v. 28, n. 3, p. 764-771, 2013.

NUNES, L. S. R. et al. Nutrição no teia de aranha: alimentando a teia. **Gestão e Saúde**, Brasília, n. 1, p. 824-833, 2015.

PAIM, J. et al. Saúde no Brasil: o sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Veja**, São Paulo, v. 6736, n. 11, p. 60054-8, 2012.

PALANGANA, I. C. **Desenvolvimento e aprendizagem em Piaget e Vygotsky a relevância do social**. São Paulo: Grupo Editorial Summus, 2001.

PALMA, D. Avaliação da condição nutricional. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 71, n. 3, p. 125-126, 1995.

PARLEE, S. D.; MACDOUGALD, O. A. Maternal nutrition and risk of obesity in offspring: the Trojan horse of developmental plasticity. **Biochimica et Biophysica Acta (BBA)-Molecular Basis of Disease**, Amsterdam, v. 1842, n. 3, p. 495-506, 2014.

PEDRAZA, D. F. et al. Deficiência de micronutrientes e crescimento linear: revisão sistemática de estudos observacionais. **Ciências da Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, p. 3333-3347, 2013.

PEDRAZA, D. F. Evidence of the impact of multiple micronutrient supplements on the growth of pre-school children: a systematic review. **Revista Brasileira Saude Matererna Infantil**, Recife, v. 14, n. 1, p. 17-37, 2014.

PEDROSO, M. L. R.; MOTTA, M. G. C. Vulnerabilidades socioeconômicas e o cotidiano da assistência de Enfermagem pediátrica: relato de enfermeiras. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 293-300, 2010.

PIMENTA, T. A. M.; PEREIRA, I. M. D. As contribuições da intervenção multiprofissional na obesidade infantil no contexto de violência urbana. **Publicatio UEPG: Ciências Sociais Aplicadas**, Ponta Grossa, v. 22, n. 1, p. 53-63, 2014.

PIMENTA, T. A. M.; ROCHA, R.; MARCONDES, N. A. V. Políticas públicas de intervenção na obesidade infantil no Brasil: uma breve análise da Política Nacional de Alimentação e Nutrição e Política Nacional de Promoção da Saúde. **UNOPAR Científica: Ciências Biológicas e Saúde**, Londrina, v. 17, n. 2, 2015.

POLTRONIERI, T. S. et al. Cuidado a um lactente com diagnóstico médico de alergia a proteína do leite de vaca no contexto da interdisciplinaridade. In: Congresso de Pesquisa e Extensão da Faculdade da Serra Gaúcha, 3., 2015, Caxias do Sul. **Anais...** Caxias do Sul: FSG, 2015. p. 795-797.,

PRATI, L. E.; COUTO, M. C.; KOLLER, S. H. Famílias em vulnerabilidade social: rastreamento de termos utilizados por terapeutas de família. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 25, n. 3, p. 231-239, 2009.

RAMAKRISHNAN, U.; GOLDENBERG, T.; ALLEN, L.H. Do multiple micronutrient interventions improve child health, growth, and development?. **The Journal of nutrition**, Rockville, v. 141, n. 11, p. 2066-2075, 2011.

RATINAUD, P.; MARCHAND, P. Application de la méthode ALCESTE à de "gros" corpus et stabilité des "mondes lexicaux": analyse du "Cable-Gate" avec IramuteQ. In: **JOURNÉES INTERNATIONALES D'ANALYSE STATISTIQUE DES DONNÉES TEXTUELLES**, 11., 2012, Liège. **Actes...** Disponível em: <<http://lexicometrica.univparis3.fr/jadt/jadt2012/Communications/Ratinaud,%20Pierre%20et%20al.%20-%20Application%20de%20la%20methode%20Alceste>>. Acesso em: 04 maio 2015.

REED, E. et al. Motherhood and HIV risk among female sex workers in Andhra Pradesh, India: the need to consider women's life contexts. **AIDS and Behavior**, New York, v. 17, n. 2, p. 543-50, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22782790>>. Acesso em: 15 jan. 2015.

RIBEIRO, A. M. et al. Low birth weight and obesity: causal or casual casual association? **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 340-348, 2015.

RIGON, S. A. A. **Construção de políticas públicas promotoras de saúde: um estudo de caso sobre a Política de Segurança Alimentar e Nutricional no Paraná**. 2012. 535 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

RODRIGUES, M. C. C. et al. Desenvolvimento cognitivo de prematuros à idade escolar: proposta de modelo hierarquizado para investigação dos fatores de risco. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 1154-64, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000600012>. Acesso em: 04 maio 2015.

RUFO, P. A. et al. Health supervision in the management of children and adolescents with IBD: NASPGHAN recommendations. **Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition**. Philadelphia, PA, v. 55, n. 1, p. 93-108, 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22516861>>. Acesso em: 25 jan. 2015.

SAMPSON, H. A. Food allergy. Part 2: diagnosis and management. **The journal of allergy and clinical immunology. in Practice**, New York, v. 103, p. 981-989, 1999.

SANTOS, A. C. A inserção do nutricionista na Estratégia de Saúde da Família: o olhar de diferentes trabalhadores da saúde. **Familia, Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v. 7, n. 3, p. 257-265, 2005.

SANTOS, R. C. K.; RESEGUE, R.; PUCCINI, R. F. Puericultura ea atenção à saúde da criança: aspectos históricos e desafios. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 160-165, 2012.

SANTOS, M. A. M.; CUTOLO, L. R. A. A interdisciplinaridade e o trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família. **Arquivos Catarinenses Medicina**, Florianópolis, v. 33, n. 3, p. 31-40, 2004.

SAWADOGO, S. P. et al. Late introduction and poor diversity were the main weaknesses of complementary foods in a cohort study in rural Burkina Faso. **Nutrition**, New York, v. 26, n. 7, p. 746-752, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20579592>>. Acesso em: 25 jan. 2015.

SCATTOLIN, F.; JARDIM, V. M. R. Mães HIV positivo e a orientação para não amamentar: um relato de experiência. **Journal of Nursing and Health**, Pelotas, v. 2, p. 232-239, 2012. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/3480>>. Acesso em: 13 jan. 2015.

SCHIEFERDECKER, M. E. M. et al. Programa de atenção nutricional: marco histórico na política pública para pessoas com necessidades alimentares especiais no Município de Curitiba, Paraná. **Demetra**, Rio de Janeiro, v. 9, p. 287-296, 2014.

SCHINCAGLIA, R. M. et al. Práticas alimentares e fatores associados à introdução precoce da alimentação complementar entre crianças menores de seis meses na região noroeste de Goiânia. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 465-474, 2015.

SHAKUR, Y. et al. Unexpectedly high early prevalence of anaemia in 6-month-old breast-fed infants in rural Bangladesh. **Public Health Nutrition**, Oxford, v. 13, n. 1, p. 4-11, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19476679>>. Acesso em: 28 abr. 2014.

SHONKOFF, J. P. et al. The Lifelong Effects of Early Childhood Adversity and Toxic Stress. **Pediatrics**, Evanston-Illinois, v. 129, n. 1, p. 232-246, 2012.

SILVA, D. I. et al. Vulnerabilidade da criança diante de situações adversas ao seu desenvolvimento: proposta de matriz analítica 2013. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 1397-1402, 2013.

SILVA, D. I.; MAFTUM, M. A.; MAZZA, V. A. Vulnerabilidade no desenvolvimento da criança: influência dos elos familiares fracos, dependência química e violência doméstica. **Texto contexto – enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 4, p. 1087-1094, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n4/pt_0104-0707-tce-23-04-01087.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2015.

SILVA, F. B.; GAÍVA, M. A. M.; MELLO, D. F. Use of the child health record by families: perceptions of professionals. **Texto contexto – enfermagem**, , Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 407-414, 2015

SILVA, J. A. da; SANTOS, R. C. dos. IRAMUTEQ: um *software* gratuito para análise de dados textuais. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013.

SILVA, M. S. et al. Estudo nutricional e socioeconômico de crianças em unidades de educação infantil. **Saúde**, Santa Maria, v. 41, n. 2, p. 183-192, 2015.

SILVA, M. C.; SILVA, A. C. D. Desempenho funcional de crianças com desnutrição crônica na faixa etária de um a três anos/Functional performance of children with chronic malnutrition aged 1 to 3 years old. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v. 22, n. 2, 2014.

SILVEIRA, F. C. P.; PEROSA, G. B.; CARVALHAES, M. A. B. L. Fatores psicossociais de risco e proteção à desnutrição infantil em mães de crianças desnutridas e eutróficas: o papel da saúde mental materna. **Revista brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 217-225, 2012.

SILVEIRA, K. B. R. et al. Association between malnutrition in children living in favelas, maternal nutritional status, and environmental factors. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 86, n. 3, p. 215-220, 2010.

SIMÕES, F. I. As funções parentais e os vínculos familiares na atualidade. **Revista OMNIA Saúde**, Adamantina, SP, v. 10, n. 1, p. 10-25, 2013.

SZAJEWSKA, H. The role of meta-analysis in the evaluation of the effects of early nutrition on mental and motor development in children. **The American Journal of Clinical Nutrition**, Bethesda, MD, v. 94, Suppl, 6, p. 1889S-1895S, 2011.

TARRICONE, M.; SERRA, F.; CARDOSO, M. C. Alimentação complementar e estado nutricional de crianças menores de dois anos atendidas no Programa Saúde da Família em Acrelândia, Acre, Amazônia Ocidental Brasileira pública de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 2, p.305-316, 2011.

TRINDADE, L. L.; LAUTERT, L. Síndrome de Burnout entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 274-279, 2010.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Metodologia da pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 2006.

VANDENPLAS, Y. et al. A pilot study on the application of a symptom-based score for the diagnosis of cow's milk protein allergy. **SAGE Open Medicine**, London, v. 2, p.01-05, 2014.

VASCONCELOS, F.A.G. Combate à fome no Brasil: uma análise de Vargas a Lula. **Revista Nutrição**, Campinas, v. 18, n. 4, p. 439-457, 2005.

VEENA S. R. et al. Higher maternal plasma folate but not vitamin B-12 concentrations during pregnancy are associated with better cognitive function scores in 9- to 10- year-old children in South India. **The Journal of Nutrition**, Bethesda, v.140, n.5, p.1014-1022, 2010.

VIANA, K. J. et al. Peso ao nascer de crianças brasileiras menores de dois anos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro v. 29, n. 2, p. 349-356, 2013.

VICTORA, C. Los mil días de oportunidad para intervenciones nutricionales: de la concepción a los dos años de vida. **Archivos Argentinos de Pediatría**, Buenos Aires, v. 110, n. 4, p. 311-317, 2012.

VICTORA. C. G. et al. Maternal and child health in Brazil. **The Lancet**, London, v. 377, n. 9780, p.1863-1876, 2011.

VICTORA, C. G. Nutrition in earlylife: a global priority. **The Lancet**, London, v. 374, n. 9696, p. 1123-1125, 2009.

VIEIRA, V.L. et al. Ações de alimentação e nutrição e sua interface com segurança alimentar e nutricional: uma comparação entre Brasil e Portugal. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 2, 2013.



VITOLO, M. R. et al. Depressão e suas implicações no aleitamento materno. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 29, n. 1, p. 28-34, 2007.

VITOLO, M. R. et al. Maternal dietary counseling reduces consumption of energy-dense foods among Infants: a randomized controlled trial. **Journal of Nutrition Education and Behavior**, Hamilton, v. 44, n. 2, p. 140-147, 2012. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1499404611004696>>. Acesso em: 13 mar. 2015.

WEFFORT, V. R. S. Importância da nutrição adequada na primeira infância. **Pediatria Moderna**, São Paulo, v. 49, p. 201-4, 2013.

WEMHONER A. et al. Nutrition of preterm infants in relation to bronchopulmonary dysplasia. **BMC Pulmonary Medicine**, London, v. 11, p. 7, 2011. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2466/11/7>>. Acesso em: 13 mar. 2015.

APÊNDICE 1- ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

	<p align="center">UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM MESTRADO EM ENFERMAGEM</p>	
---	--	---

ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Data: _____ Código de identificação: E_____



Distrito Sanitário: _____

Unidade de saúde: _____

Instrumento de coleta:

1. Na sua opinião o que influencia os agravos nutricionais em crianças menores de 2 anos?
2. Em sua opinião, como os agravos nutricionais podem influenciar a saúde das crianças de 0 a 2 anos?
3. Descreva uma situação na qual você percebeu que o agravo nutricional prejudicou ou comprometeu a saúde da criança. O que poderia ser feito para mudar esta situação? Como e por quê?
4. Quais ações ou atividades desenvolvidas em sua área de abrangência que promovem a nutrição infantil? Como vê a resolutividade destas ações?
5. Quais os programas e ou políticas que em sua opinião promovem a boa nutrição para o adequado desenvolvimento infantil? Como você avalia a aplicabilidade e amplitude destes?
6. O que costuma fazer quando atende crianças com agravo nutricional? O que gostaria de fazer nestes casos que não consegue? Por quê?

APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

	<p style="text-align: center;">UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM MESTRADO EM ENFERMAGEM</p>	
---	---	---

Você, nutricionista (a) atuante nos Núcleos de Apoio à Atenção Primária à Saúde, está sendo convidado (a) a participar de um estudo intitulado: **“VULNERABILIDADE DA CRIANÇA PARA AGRAVOS NUTRICIONAIS NA PERSPECTIVA DOS NUTRICIONISTAS”**, é através das pesquisas científicas que ocorrem os avanços importantes em todas as áreas, e sua participação é fundamental.

OS OBJETIVOS DESTA PESQUISA SÃO: Descrever os elementos de vulnerabilidade da criança para agravos nutricionais na perspectiva dos nutricionistas do Núcleo de Apoio a Estratégia Saúde da Família

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Elaborar matriz de análise de vulnerabilidade são agravos nutricionais da criança com dos nutricionistas do NASF.

METAS:

- a) Apresentar a matriz de análise de vulnerabilidades da criança para agravos nutricionais;
 - b) Propor estratégias de ação frente à vulnerabilidade da criança para agravos nutricionais na Atenção Primária à Saúde
- a) Caso você participe da pesquisa, será necessário que você esteja no local, data e horário combinado pelo pesquisador para a realização de uma entrevista com duração máxima de 30 minutos.
 - b) Suas falas deverão ser gravadas através de um gravador, pois nesta pesquisa, você deverá responder às perguntas do pesquisador; sendo assim será respeitado completamente o seu anonimato e tão logo a pesquisa termine, os arquivos serão apagados.
 - c) Desconfortos e riscos: Não haverá desconforto ou riscos para você, pois sua identidade será mantida em segredo.
 - d) Os benefícios que você terá será uma nova proposta de trabalho para a atenção à saúde da criança em seu serviço de saúde, que será feita pelo pesquisador no final da pesquisa
 - e) A pesquisadora responsável por esta pesquisa é: Verônica de Azevedo Mazza, professora do Programa de pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, localizado no Bloco Didático II - Campus Botânico: Av. Lothário Meissner,

632 - Jardim Botânico Setor de Ciências da Saúde - Curitiba - PR - CEP: 80.210-170 , telefones: (41) 99999999 ou (41) 30458077 que poderá ser contatada a qualquer hora.

- f) Estão garantidas todas as informações que você queira, antes durante e depois do estudo.
- g) A sua participação neste estudo é voluntária. Contudo, se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá solicitar de volta o termo de consentimento livre esclarecido assinado.
- h) As informações relacionadas ao estudo poderão ser inspecionadas pelo pesquisador e pelas autoridades legais, no entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a confidencialidade seja mantida.
- i) A sua participação nesta pesquisa é totalmente gratuita e por sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro.
- j)

Rubrica do pesquisador

Rubrica do participante

Eu, _____ li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual fui convidado a participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.



Assinatura do pesquisador

Assinatura do participante

Local: _____, ____/____/____

Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR
Telefone: (41) 3360-7259 e-mail: cometica.saude@ufpr.br

APÊNDICE 3 - GUIA TEMÁTICO PARA O GRUPO FOCAL

	<p align="center">UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM MESTRADO EM ENFERMAGEM</p>	
---	--	---

GUIA TEMÁTICO PARA O GRUPO FOCAL

Data: _____ Código de identificação: E_____

Distrito Sanitário: _____

Unidade de saúde: _____

Instrumento de coleta:

1. Descreva uma situação na qual você percebeu que o agravo nutricional prejudicou ou comprometeu a saúde da criança. O que poderia ser feito para mudar esta situação? Como e por quê?
2. Quais ações ou atividades desenvolvidas em sua área de abrangência que promovem a nutrição infantil? Como vê a resolutividade destas ações?
3. Quais os programas e ou políticas que em sua opinião promovem a boa nutrição para o adequado desenvolvimento infantil? Como você avalia a aplicabilidade e amplitude destes?
4. O que costuma fazer quando atende crianças com agravo nutricional? O que gostaria de fazer nestes casos que não consegue? Por quê?

ANEXO 1 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VULNERABILIDADE DA CRIANÇA PARA AGRAVOS NUTRICIONAIS: NA PERSPECTIVAS DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Pesquisador: Verônica de Azevedo Mazza

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 35564014.7.0000.0102

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFPR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 832.521

Data da Relatoria: 15/10/2014

Apresentação do Projeto:

VULNERABILIDADE DA CRIANÇA PARA AGRAVOS NUTRICIONAIS: NA PERSPECTIVAS DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Verônica de Azevedo Mazza

Estudo Qualitativo e quantitativo, descritivo que visa descrever os elementos de vulnerabilidades da criança para agravos nutricionais na perspectiva

dos profissionais de saúde. Os agravos nutricionais ocorrem pela ausência e ou excesso de calorias, proteínas, nutrientes e ou micronutrientes, que quando ocorre na primeira infância, está associado a inúmeras doenças, sendo essencial sua intervenção nos primeiros 24 meses da criança, a fim de reduzir prejuízos para estes no futuro.

Objetivo da Pesquisa:

Descrever os elementos de vulnerabilidade da criança para agravos nutricionais na perspectiva dos profissionais de saúde

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar perfil nutricional de crianças de zero a 24 meses, conforme o território sanitário do município;

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2ª andar

UF: PR

Telefone: (41)3360-7259

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 832.521

- Elaborar matriz de análise de vulnerabilidades aos agravos nutricionais da criança com o olhar dos profissionais de saúde.
- Construir coletivamente estratégias de ação para enfrentamento da vulnerabilidade da criança para agravos nutricionais.
- Relacionar os agravos nutricionais prevalentes e suas implicações para o desenvolvimento infantil;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os autores a pesquisa pode acarretar em constrangimento para os participantes. Com vistas a minimizar estes riscos, será explicado ao participante sobre o sigilo das informações e sobre a condução da coleta de dados. Também com esta finalidade, a entrevista e o grupo focal será realizado em lugar reservado, com a presença apenas dos pesquisadores e participantes.

Seus benefícios consistem em subsidiar a prática dos profissionais de saúde por meio do conhecimento dos elementos de vulnerabilidade das crianças para agravos nutricionais e com isto traçar estratégias de enfrentamento.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa reveste-se de relevância social pois a partir deste constructo poderá subsidiar a prática da saúde coletiva e auxiliar na elaboração de políticas de promoção a saúde infantil com maior amplitude. Outros estudos têm sido desenvolvidos nesta área, porém, neste caso reconheço a proposta como original e inovadora uma vez que a partir da concepção de vulnerabilidade criado por Ayres pode-se trazer aspectos das dimensões individual, social e político – programática pois aborda o mapeamento e compreensão da vulnerabilidade das crianças para agravos nutricionais auxiliando os profissionais de saúde a apreender os elementos de vulnerabilidade que tem influência direta para a promoção do desenvolvimento infantil.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios foram anexados.

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2ª andar

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 832.521

Recomendações:

Pendências atendidas em conformidade com o preconizado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências atendidas.

É obrigatório retirar na secretaria do CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com carimbo onde constará data de aprovação por este CEP/SD, sendo este modelo reproduzido para aplicar junto ao participante da pesquisa.

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa (Carta Circular nº. 003/2011CONEP/CNS).

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Por se tratar de pesquisa envolvendo Instituição da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, o pesquisador poderá iniciar a pesquisa somente após a análise de viabilidade emitida pelo CEP/SMS. Após análise do CEP da SMS, favor anexar o Parecer de Viabilidade no Sistema PB, modo: notificação.

CURITIBA, 15 de Outubro de 2014

Assinado por:
IDA CRISTINA GUBERT
(Coordenador)

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2ª andar

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

**ANEXO 2 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA SECRETARIA DA SAÚDE DA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA**



***PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA***

DECLARAÇÃO

Declaramos para os fins que se fizerem necessários, que a pesquisadora Verônica de Azevedo Mazza protocolou sob o número 79/2014 sua solicitação de campo de pesquisa para o projeto intitulado: "Vulnerabilidade da Criança para Agravos Nutricionais: Na Perspectiva dos Profissionais da Saúde".
(CAAE: 35564014.7.0000.0102)

Declaramos ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da Instituição Proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Res. CNS 466/12.

Informamos que o projeto recebeu sugestões de alteração que deverão ser comunicadas pelo pesquisador ao Comitê de Ética da Instituição Proponente.

Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como Instituição Coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança de sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/SMS.

Por ser verdade firmamos a presente.

Atenciosamente,

Curitiba, 15 de Dezembro de 2014

**Samuel Jorge Moysés
Coordenador do CEP/SMS**